



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



O Comportamento Adaptativo e a Qualidade e Vida de adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: a Intervenção Psicomotora como Apoio

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre
em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Júri:

Presidente: Professor Doutor Pedro Jorge Morreira de Parrot Morato

Vogais: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Professora Doutora Ana Maria Peixoto Naia

Mariana Rosa Araújo de Freitas
Outubro 2018

Agradecimentos

Agradecer à minha família por todo o apoio incondicional que me deram ao longo de todo este tempo, principalmente na reta final, por toda a paciência que tiveram comigo. Obrigado pai e mãe!

Agradecer aos meus amigos pelo apoio, pela ajuda, pela partilha de todas as fases desta tese, por me terem apoiado desde do primeiro dia, e por toda a paciência que tiveram ao longo deste ano. Obrigada Carina, Inês, Gonçalo, Catarina, Rute, Márcia e Patrícia!

Agradecer à CerciOeiras por mais uma vez me receberem de braços abertos, a todos os clientes e técnicos que permitiram que crescesse mais um bocadinho enquanto psicomotricista e enquanto pessoa, um especial obrigado à Mafalda por mais uma vez me passar todo o seu conhecimento, e por estar sempre presente e pronta a ajudar. Obrigada Cerci, Mafalda, Ana Isabel, R., I., JP., JM., JM., C., AR., AP., H., MI., G., LV., Z., LV., e G.!

E por fim um agradecimento especial à professora Sofia Santos, pelo conhecimento, pelas aprendizagens, pela paciência com as minhas dúvidas e com os meus atrasos nas entregas, e por me motivar a continuar, e a pensar mais além!

A todos vocês, o meu muito obrigada.

Índice Geral

Agradecimentos	i
Introdução	5
Referências	7
Artigo 1: O comportamento adaptativo, os apoios e qualidade de vida em adultos Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais	10
Resumo:	10
Abstract:	11
Comportamento Adaptativo	12
Qualidade de vida	20
Apoios	25
A intervenção psicomotora como apoio	29
Considerações Finais	31
Referências	32
Artigo 2: Intervenção Psicomotora como Apoio, no Comportamento Adaptativo e na Qualidade de Vida de um grupo de Adultos com DID	44
Resumo:	44
Abstract:	45
Introdução	46
Método	51
Amostra	51
Instrumentos	51
Programa de Intervenção Psicomotora	56
Apresentação dos resultados	62
Discussão	68
Conclusão	74
Referências	76

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Objetivos específicos das ECAP, EIA e EPR	56
Tabela 3 - Sessão-tipo do programa de intervenção psicomotora em contexto de ginásio (continuação)	61
Tabela 4 - Valores de estatística descritiva com a avaliação pela ECAP	62
Tabela 5 - Valores de estatística descritiva com a avaliação pela EIA	63
Tabela 6 - Valores de estatística descritiva com a avaliação pela EPR na sua dupla versão	63
Tabela 7 - Valores do Teste Kruskal-Wallis e do Wilcoxon para a comparação inter e intra-grupos nos domínios da ECAP	64
Tabela 8 - Valores do Teste Kruskal-Wallis e do Wilcoxon para a comparação inter e intra-grupos nos domínios da EIA	65
Tabela 9 - Valores do Teste Kruskal-Wallis e do Wilcoxon para a comparação inter e intra-grupos nos domínios da EPR na sua dupla versão	65
Tabela 10 - Correlações entre os domínios da ECAP com os da EIA e da EPR	66
Tabela 11 - Correlações entre os domínios da EIA e da EPR	67

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo Conceptual da Qualidade de Vida (Schalock, Bonham e Verdugo, 2008)	20
--	----

Introdução

No âmbito da dissertação para a obtenção de grau de mestre em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, e sob a orientação académica da Professora Doutora Sofia Santos, foi planeada a elaboração e aplicação de um programa de intervenção psicomotora, com o objetivo de compreender o contributo que este tipo de intervenção tem no Comportamento Adaptativo (CA), no perfil de Apoios e na Qualidade de Vida (QdV) de pessoas com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID).

Nas últimas décadas, tem-se observado grandes alterações na definição e compreensão da DID, que acompanhada por uma mudança de paradigma (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012) pretende a renomeação (Schalock et al., 2007b) da até agora denominada deficiência mental (American Psychiatric Association [APA], 2013, p. 74), para uma terminologia mais consistente, científica e menos estigmatizante. De acordo com Schalock e colaboradores (2007b) a nova terminologia deve assentar em 5 fatores fundamentais para a sua identificação devendo: ser específica e diferenciando-se de outras; utilizada de forma consistente em diversos contextos e por diferentes entidades (e.g.: família, técnicos, comunidade); englobar o conhecimento mais atualizado ao nível científico e profissional; ser sólida na sua operacionalização para diferentes propósitos (e.g.: diagnósticos, classificações e planeamentos), e refletir a nomeação de um grupo específico, com respeito e dignidade.

Em termos internacionais, a mudança parece ter sido fácil, passando-se de “*Mental Retardation*” para “*Intellectual Disability*” (Schalock et al., 2007b), tendo sido assumida mundialmente. Apenas por curiosidade, em Espanha e Chile foi assumida a terminologia de “*discapacidad intelectual*” (Ministério de Educação Chile, 2010; Verdugo, 2003), em Itália a “*disabilità intellettuale*” (Bertelli, 2013) e no Brasil a “deficiência intelectual” (Sassaki, 2005). Em Portugal, no entanto, esta mudança ainda não encontrou consenso, sendo possível encontrar várias expressões: “Deficiência Mental” e “Deficiência Intelectual”, “Perturbação Intelectual e Desenvolvimental” (APA, 2013), “Incapacidade Intelectual” (e.g.: Sanches-Ferreira, Lopes-dos-Santos e Santos, 2012), entre outras (Santos e Morato, 2012). Outra proposta que tem vindo a receber algum destaque e que tem inquietado técnicos e profissionais para a emergência da mudança de atitudes é a mudança da terminologia para “Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental” (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012).

Algumas das razões apontadas por estes autores foi a expectativa mais positiva, sendo passível de evolução, aprendizagem e mudança inerente ao termo “Dificuldade”

(vs. o termo anterior estigmatizante e imutável inserido num modelo psicométrico absolutista associado à “deficiência”), redirecionando a atenção para os apoios mediadores para uma relação de qualidade com o envolvimento, num postulado relativista e desenvolvimental. Segundo Schalock e colaboradores (2007), o conceito anterior de Deficiência Mental estava relacionado com a expressão das limitações individuais e portanto, apenas centrado no sujeito, onde o critério das dificuldades intelectuais era exclusivo. O termo intelectual parece ter sido de fácil aceitação, dado a avaliação da inteligência se centrar mais em fatores intelectuais específicos (e.g.: verbal, numérico, espacial) implícitos ao funcionamento da inteligência. Esta nova terminologia proposta objetiva modificar as atitudes e expectativas sociais vigentes (i.e.: ainda barreiras) face aos direitos e capacidades das pessoas com DID, com repercussão ao nível das intervenções que se pretendem mais produtivas, menos superprotetoras, e em contexto social.

Apesar da diversidade de nomenclatura a definição atual de DID (Schalock et al., 2007b; Schalock et al., 2010, 2012) parece ter sido aceite, jogando com a avaliação dos critérios intelectuais e adaptativos, cujas limitações, dois desvio-padrão abaixo da média, se expressam nas competências concetuais, práticas e sociais antes dos 18 anos, durante o período desenvolvimental. A nova terminologia muda, assim, o seu foco para a interação, que se pretende de qualidade, entre a pessoa e o seu contexto (Santos e Morato, 2012, destacando que a provisão de apoios adequados pode reforçar a funcionalidade do indivíduo, e, consequentemente, a sua QdV (Schalock et al., 2007b; Schalock et al., 2012; Thompson et al., 2009), realçando a existência concomitante do critério adaptativo (Schalock e Luckasson, 2015). O papel mediador dos apoios tem sido destacado, na ideia que as pessoas com DID necessitam de apoios (i.e.: tipo e intensidade) diferentes do que os pares típicos para a participação social (Thompson et al., 2004, 2009, 2014) e para a melhoria da sua QdV.

É neste âmbito que se revela pertinente a análise da relação entre o comportamento adaptativo, os apoios e a QdV, indo ao encontro de Simões, Santos, Biscaia e Thompson (2016) ao questionar se uma vida com mais qualidade está diretamente relacionada com melhores desempenhos adaptativos e consequentemente com menores necessidades de apoio. A literatura tem abordado, e de forma consistente na última década, a eventual relação entre apoios e CA, quer a nível internacional (e.g.: Guscia, Harries, Kirby, Nettelbeck e Taplin, 2006; Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck e Taplin, et al., 2005) quer a nível nacional (e.g.: Gonçalves e Santos, 2016) e pela primeira vez Simões e colaboradores (2016) analisam a relação destes dois constructos com a QdV. Mesmo na prática, e em Portugal, já existem alguns estudos que analisaram

o contributo de programas psicomotores ao nível do CA (Antunes e Santos, 2015; Júnior, Afonso e Santos, 2017; Leitão e Santos, 2017), dos apoios (e.g.: Valente, Santos e Morato, 2012), e da qualidade de vida (e.g.: Jardim e Santos, 2016), no entanto, não se conhece nenhum estudo que coloque em prática, a relação teórica encontrada na investigação, entre os três constructos, fundamentando-se, assim, a pertinência deste estudo.

Todo este novo paradigma procura melhores práticas de avaliação e planificação dos apoios (Verdugo e Schalock, 2010), constatando-se a necessidade de validar práticas a nível nacional no contexto da atividade profissional do psicomotricista (Antunes e Santos, 2015; Jardim e Santos, 2016; Ramos, Sousa, Estevens, Duarte e Santos, 2017). Por outro lado, a mudança de paradigma implica que as instituições que prestam serviços e apoios às pessoas com necessidade de apoios, ou vulgo com “deficiência”, se reorganizem no sentido de ir mais ao encontro não só das características (i.e.: capacidades e limitações) dos próprios clientes, como também considerando as suas preferências, motivações e desejos.

Neste sentido, e dada a oportunidade de intervenção direta com um grupo de adultos com DID, numa instituição da área da Grande Lisboa, decidiu-se pela análise sobre a relevância que um programa psicomotor, elaborado especificamente para o grupo, pode deter no seio da otimização das competências adaptativas, da redução da necessidade de apoios, com a consequente melhoria da QdV destes participantes. Para este efeito, este documento estrutura-se sob a forma de compilação de dois artigos: um primeiro baseado numa revisão extensiva da literatura sobre CA, Apoios e Qualidade de Vida, que tem como principal objetivo a contextualização dos constructos e da sua relevância em termos teórico-práticos, que servirá de base a todo o segundo artigo que pretende analisar o contributo que a intervenção psicomotora, enquanto um dos apoios oferecidos a este subgrupo populacional e em contexto institucional, pode deter na potencialização da funcionalidade diária que conjugada com os apoios mais adequados deve conduzir a uma vida com (mais) qualidade.

Referências

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (5ªed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Antunes, A. e Santos, S. (2015). Os benefícios de um programa de Intervenção Psicomotora para indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais ao nível do Comportamento Adaptativo e da Proficiência Motora: estudo comparativo. *A Psicomotricidade*, 18: 89-122

- Bertelli, M. (2013). *Il Ritardo Mentale nel DSM-5: Disabilità Intellettuale (Disturbo dello Sviluppo Intellettuale, Criteri Diagnostici e Posizione)*. CREA – Centro di Ricerca e Ambulatori
- Gonçalves, P. e Santos, S. (2016). Comportamento Adaptativo e Apoios: que relação? *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 23: 115-130
- Guscia, R., Harries, J., Kirby, N., Nettelbeck, T. e Taplin, J. (2006). Construct and criterion validity of the service need assessment profile: a measure of support for people with disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 31:148–155. doi: 10.1080/13668250600876442
- Harries, J., Guscia, R., Kirby, N., Nettelbeck, T. e Taplin, J. (2005). Support needs and adaptive behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, 110(5), 393-404. doi: 10.1352/0895-8017(2005)110[393:SNAAB]2.0.CO;2
- Jardim, N. e Santos, S. (2016). Effects of a Psychomotor Intervention on Water in the Quality of Life of Adults with Intellectual and Developmental disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*, 3 (1), 54-61. doi: 10.17352/2455-5487.000036
- Júnior, A., Afonso, C. e Santos, S. (2017). La musica nell'intervento psicomotorio con adulti con difficoltà intellettive ed evolutive – Contributo per il comportamento adattivo. *Ricerca e Studi (ReS)*, 1: 2-10
- Leitão, A. e Santos, S. (2017). O contributo da Intervenção Psicomotora em Meio aquático em indivíduos com DID nas competências em meio aquático e adaptativas. *A Psicomotricidade (no prelo)*
- Ministerio de Educación Chile (2010). *Orientaciones Técnico-Pedagógicas para la Evaluación Diagnóstica Integral de las NEE Permanente en Escuela Especial - Ley Nº 20.201 - Decreto Supremo Nº 170*. División de Educación General Educación Especial
- Morato, P e Santos, S. (2007). Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, a mudança de paradigma a conceção da deficiência Mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 14, 52-55.
- Ramos, J., Sousa, E., Estevens, M., Duarte, F. e Santos, S. (2017). A acessibilidade na visão do psicomotricista em contexto institucional: CERCI Lisboa. *A Psicomotricidade (no prelo)*
- Sanches-Ferreira, M., Lopes-dos-Santos, P., e Santos, M. (2012). A desconstrução do conceito de Deficiência Mental e a construção do conceito de Incapacidade Intelectual: de uma perspectiva estática a uma perspectiva dinâmica da funcionalidade. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18 (4): 553-568
- Santos, S. e Morato, P., (2002). *Comportamento Adaptativo*. Coleção Educação Especial (nº8): Porto Editora.
- Santos, S. e Morato, P. (2012). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e Desenvolvimental (DID). Por quê?. *Revista Brasileira de Educação Especial*, (1) 18, 3-16.
- Sassaki, R. (2005). Deficiência Mental ou Intelectual? Doença ou Transtorno Intelectual? *Revista Nacional de Reabilitação*, São Paulo, ano IX, 43: 9-10.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, e R., Reeve, A. (2010). *Intellectual Disability – Definition, Classification and Systems of Supports*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 11th ed., Washington, D.C.

Schalock, R., Luckasson, R., Bradley, V., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Shogren, K., Snell, M., Thompson, J., Tassé, M., Verdugo, M., e Wehmeyer, M. (2012). *User's guide to accompany the 11th edition of Intellectual disability: Definition, classification, and systems of support: Applications for clinicians, educators, organizations providing supports, policy makers, family members and advocates, and health care providers*. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Schalock, R. e Luckasson, R. (2015). A Systematic Approach to Subgroup Classification in Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 53 (5), 358-366. doi: 10.1352/1934-9556-53.5.358

Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W. e Yeager, M. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45 (2), pp. 116-124. doi:10.1352/19349556(2007)45[116:tromru]2.0.co;2

Simões, C., Santos, S., Biscaia, R., e Thompson, J. (2016). Understanding the relationship between quality of life, adaptive behavior and support needs. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 28, 849–870. doi:10.1007/s10882-016-9514-0

Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M., Wehmeyer, M., Borthwick-Duff, S., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Spreat, S., Tassé, M., e Verdugo, M. (2009). Conceptualizing Supports and Support Needs of People with Intellectual and Developmental Disabilities. *American Journal on Intellectual and Developmental*, 47 (2), 135-146. doi: 10.1352/1934-9556-47.2.135

Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D., ... Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale: User's manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Thompson, J., Schalock, R., Agosta, J., Teninty, L., e Fortune, J. (2014). How the supports paradigm is transforming the developmental disabilities service system. *Inclusion*, 2(2), 86–99. doi:10.1352/2326-6988-2.2.86

Valente, P. Santos, S. e Morato, P. (2012). A intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *A Psicomotricidade*, 15, 10-23.

Verdugo, M. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental de 2002. *Siglo Cero*, 34 (1), 5-19.

Verdugo, M. e Schalock, R. (2010). *Últimos Avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual*. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41(4), 7-21.

Artigo 1: O comportamento adaptativo, os apoios e qualidade de vida em adultos

Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

Resumo:

A mudança do paradigma face à Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID), decorrente das limitações intelectuais e adaptativas, redireciona o foco para a qualidade da interação entre pessoa e contexto. Neste sentido, destaca-se a provisão de apoios adequados e o seu caráter mediador: as pessoas com DID necessitam de apoios (tipo e intensidade) diferentes dos seus pares típicos, com repercussões que se esperam positivas na qualidade de vida (QdV). As limitações adaptativas detêm impacto na extensão da desadequação pessoa-envolvimento, sendo refletidas pelas necessidades de apoio. Por outro lado, a QdV é influenciada pelo ajustamento do plano de apoios. Assim se percebe a pertinência da análise da relação entre o comportamento adaptativo, apoios e QdV, tentando perceber se uma vida com mais qualidade está diretamente relacionada com melhores desempenhos adaptativos e, consequentemente, com menores necessidades de apoio. A literatura tem abordado a eventual relação entre os três constructos, mas não se conhece nenhum estudo que coloque em prática, esta relação teórica, fundamentando-se, assim, a pertinência deste artigo, cujo objetivo é fazer uma revisão extensiva da literatura sobre os conceitos supramencionados, com vista à contextualização e relevância em termos teórico-práticos da intervenção psicomotora como um dos eventuais apoios aos adultos com DID.

Palavras-chave: Apoios, Comportamento Adaptativo, Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, Intervenção Psicomotora, Qualidade de Vida.

Article 1: Adaptive Behavior, Supports and Quality of Life of adults with Intellectual and Developmental Disability

Abstract:

The new paradigm within the field of intellectual and developmental disability (IDD), which results from the need to consider both as criteria - intellectual and adaptive limitations, for the IDD diagnosis', moved the focus from "individual deficiency" to the quality of interaction between person (with IDD) and his/her environment. The adjustment of supports provision assume a capital and a mediator role: persons with IDD tend to exhibit different supports profile needs than their typical peers, with repercussions on quality of life (QOL). Adaptive limitations impact the person-environment mismatch extension, which is reflected in (greater) supports needs. QOL is also influenced by the adjustment of supports profile provision. Therefore, the analysis of the relation between all these three constructs is important for a comprehensive understanding if QOL is directly related with better adaptive performances and, consequently, with less support needs. Recently, literature has been showing some evidences about this theoretical analysis, but as far as we are concerned there is no study that allows us to have evidences on this hypothesis. Therefore, this article goal is to make an extensive literature review about the three constructs and their possible relation. The final goal is to analyses how psychomotor therapy can play its role as an effective support in person with IDD-life plan.

Keywords: Adaptive Behavior; Intellectual and Developmental Disability, Quality of Life, Psychomotor Therapy, Supports.

Comportamento Adaptativo

Tal como referido anteriormente, a Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID) traduz-se por limitações significativas a nível do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo (CA), expressas nos domínios conceitual, social e prático, antes dos 18 anos (Schalock, 2011; Schalock, et al. 2010; Schalock et al., 2012), i.e.: o nível de ajustamento da pessoa com o seu envolvimento (Santos, 2003; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2012; Tassé et al., 2012). Nesta conceção adaptativa, e desde o seu aparecimento, é de se realçar a tendência para um modelo multidimensional e tripartido associado ao CA, ao longo do tempo: maturação, desenvolvimento e aprendizagem (Doll, 1941); maturação, aprendizagem e ajustamento social (Heber, 1961); funcionamento independente, responsabilidade pessoal e social (Lambert, Nihira e Leland, 1993); e competências conceituais (i.e.: capacidades académica, verbais e espaciais), práticas (e.g.: atividades de vida diárias (AVD), segurança, saúde) e sociais (e.g.: relações interpessoais, responsabilidade social) (Schalock et al., 2010).

Em 1992, Luckasson e colaboradores nomeiam pela primeira vez as 10 áreas adaptativas (i.e.: comunicação, autocuidado, saúde e segurança, habilidades sociais, vida doméstica, uso da comunidade, habilidades académicas funcionais, autodeterminação, tempos livres e trabalho) que concorrem para o diagnóstico de DID, que se agrupam, em 2010 em três grandes dimensões (i.e.: conceituais, práticas e sociais) (Schalock et al., 2010; Verdugo, Navas, Urríes, Gómez e Arias, 2012a; Tassé et al., 2016). Os valores de corte dos dois primeiros critérios – QI e CA, implicam a existência de dois desvio-padrão abaixo da média devendo a sua avaliação ser feita por instrumentos de avaliação padronizados e validados (Schalock, 2011; Schalock et al., 2010) e no âmbito adaptativo, o valor de corte pode ser ou ao nível de um dos fatores (conceitual, social e prático) ou no resultado global do CA.

A análise e interpretação das limitações devem ser contextualizadas considerando não só as expectativas para o escalão etário, bem como os valores socioculturais: toda a avaliação deve considerar a diversidade cultural, sensoriomotora, comportamental e linguística, tendo sempre presente que as limitações coexistem com áreas fortes; e que um plano de apoios personalizado irá contribuir, de forma significativa, para uma vida com qualidade (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2012).

Parece ser consensual, agora, a necessidade de se redirecionar o foco das limitações individuais, para a funcionalidade, independência pessoal e participação social (Santos, 2010; Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Schalock et al., 2010; Verdugo et al., 2012a;

Tassé et al., 2012) em função do escalão etário (em detrimento da idade mental – Greenspan, Harris e Woods, 2015) e das expectativas socioculturais.

Apesar de apenas agora assumir um papel de destaque no diagnóstico de DID, o conceito de CA surgiu nos anos 30 (Doll, 1941), entendido como um leque de competências adquiridas e desenvolvidas pelo indivíduo no seu dia-a-dia. Em 1961, enquanto presidente da então *American Association on Mental Retardation*, Heber estabelece, pela primeira vez, o critério adaptativo (com valor de corte um desvio-padrão abaixo da média) que é reforçado na década de 70, já com a introdução de dois desvios-padrão para o valor de corte, por Grossman (1973 cit in Nihira, 1999; Grossman, 1977; Grossman, 1983). Nesta altura, este autor define CA como um conjunto de limitações na forma como o indivíduo lida com as exigências envolvimentoais, que se repercutem na dificuldade em atuar de acordo com as normas sociomaturacionais e de aprendizagem.

De acordo com a revisão da literatura, é possível constatar a existência de inúmeras definições de CA (Santos e Morato, 2012f) sendo que a que foi adotada nesta investigação foi a dos autores nacionais que definem comportamento adaptativo como um conjunto de competências adquiridas pelo indivíduo, que irão permitir a funcionalidade nas atividades de vida diária e o lidar com as exigências envolvimentoais, para se assumir um papel ativo na comunidade onde se insere (Santos e Morato, 2012f).

É nesta nova perspetiva que o critério do comportamento adaptativo se concretiza, formalmente, como indispensável ao diagnóstico de DID (Tassé et al., 2012), à despistagem das áreas que se encontram abaixo da média (Lambert et al., 1993), ao planeamento de intervenções mais funcionais (Santos, 2014) e à monitorização de todo o processo de intervenção (Lambert et al., 1993; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b). Este conceito adapta-se aos modelos mais atuais como o modelo biopsicossocial (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004), o modelo multidimensional do funcionamento humano (Luckasson e Schalock, 2012) e a nova perspetiva da American Psychiatric Association (APA - 2013) assentando numa abordagem funcional da DID, considerando-a como um conjunto de sistemas que inclui dimensões do funcionamento humano, sistemas de suporte interativos e resultados pessoais (Luckasson e Schalock, 2012).

Luckasson e Schalock (2012) referem que esta abordagem funcional da DID vai 1) permitir uma maior compreensão da multidimensionalidade do funcionamento humano, do contexto, e dos apoios individualizados e a forma como esses mesmos apoios irão influenciar os resultados pessoais de cada indivíduo; 2) enfatizar a interação existente

entre as funções clínicas inerentes à avaliação, classificação e sistemas de apoios; 3) refletir uma maior importância na elegibilidade e distribuição dos recursos e na avaliação dos resultados dos serviços e apoios providenciados; e 4) atualizar a interdependência e a relação funcional das dimensões do funcionamento humano, dos sistemas de suporte e dos resultados funcionais obtidos.

Neste enquadramento, o CA desempenha um papel crítico dado permitir uma melhor compreensão da DID através do desenvolvimento de uma abordagem multidimensional da avaliação, com consequências ao nível da classificação e dando pistas para o planeamento de apoios centrado na pessoa e contribuindo para a concretização e avaliação dos resultados pessoais (Luckasson e Schalock, 2012). Assim, para os autores, o CA inclui-se numa das cinco dimensões do funcionamento humano, em articulação com o funcionamento cognitivo, a saúde, a participação e o contexto do indivíduo, com repercussões nos resultados pessoais e na concretização de metas individuais (Luckasson e Schalock, 2012).

De uma forma resumida e ainda de acordo com os mesmos autores, o facto de a DID implicar limitações intelectuais e adaptativas concomitantes e expressas no seu contexto ecológico implica que se perspetive a pessoa no seu todo, baseados na premissa que todas pessoas (com e sem DID) tem áreas fortes e áreas a promover, e que com um plano de apoios personalizado e ajustado, a vida será vivida com mais qualidade (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2012). Neste ponto destaca-se a variável adaptativa baseada na tipicidade dos comportamentos e não tanto do desempenho máximo dos mesmos (Luckasson e Schalock, 2012).

Os autores acrescentam ainda o impacto que os resultados adaptativos podem obter na distinção dos sujeitos dentro das categorias tradicionais (i.e.: leve, moderado, severo e profundo) não homogeneizando o perfil cognitivo (Santos e Morato, 2012a) e permitindo uma visão mais específica do que a pessoa necessita de adquirir para a vida na comunidade, i.e.: os resultados pessoais (Luckasson e Schalock, 2012; Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2012). Finalmente, a consideração do impacto do CA e o seu papel no funcionamento humano facilita ainda o enquadramento teórico e prático dos resultados pessoais dada a relevância da qualidade de desempenho individual das atividades de vida diária e das atividades instrumentais de vida diária que a avaliação adaptativa possibilita obter informação (Luckasson e Schalock, 2012).

Ao nível da investigação no âmbito do CA constata-se a diversidade de variáveis que influenciam o desempenho adaptativo como: idade (e.g.: Grossman, 1983; Loveland e Kelley, 1988; Makary et al., 2015; Prasher, Chung e Haque, 1998; Santos e Morato,

2012c), género (e.g.: Bornstein, Giusti, Leach e Venuti, 2005; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012d), diagnóstico e respetivos “níveis de severidade” (e.g.: Nihira, 1999; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012e), contextos (comunitário vs. institucionalizado – e.g.: Lerman, Apgar e Jordan, 2005; Stancliffe, Hayden, Larson e Lakin, 2002), valores socioculturais (e.g.: Bornstein et al., 2005; Emerson e Brigham, 2014; Santos e Morato, 2012f; Taverna, Bornstein, Putnick e Axia, 2011), nível de educação (Bildt, Syetma, Kraijer, Sparrow e Mindeeraa, 2005), entre outros.

Tal como referido, Grossman, em 1983, defendia a ideia de uma trajetória desenvolvimental das habilidades adaptativas com a idade: nas idades mais precoces há que apostar na estimulação sensoriomotora para o desenvolvimento da comunicação/linguagem para a interação com os pares, reforçando-se estas competências até à adolescência onde a intervenção deve incidir no raciocínio (e.g.: abstração e resolução de problemas), tomada de decisões e funcionalidade diária para que na idade adulta se possa assumir a responsabilidade social e profissional. Esta ideia de complexificação progressiva das competências adaptativas é também referida por vários autores (e.g.: Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b; Verdugo, Navas, Arias e Gómez, 2010).

Balboni e colaboradores (2014) avaliaram 1058 participantes, entre os 4 e os 21 anos (11.1 ± 4.9), com DID, constatando que detêm pontuações mais baixas ao nível das capacidades sociais, conceituais e práticas quando comparadas com os seus pares típicos. Estes resultados foram corroborados a nível nacional (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2007; Santos e Morato, 2012; Santos e Morato, 2016).

Resultados idênticos foram encontrados por Antunes e Santos (2015), que através da análise dos efeitos da aplicação de um programa de intervenção psicomotora a 15 adultos, entre os 22 e os 31 anos, com DID, constataram uma menor adaptação às situações diárias típicas da vida em comunidade, com algumas competências ao nível do domínio da autonomia (e.g.: higiene, vestuário, alimentação), mas revelando dificuldades ao nível das *Atividades Económica* (e.g.: não só não transportam dinheiro consigo, como não o conseguem manusear), *Doméstica* e, no domínio de *Números e Tempo*, presentes na Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP – Santos e Morato, 2004). As autoras apresentam como uma possível explicação para as dificuldades destes domínios, a falta de oportunidades e a complexidade da tarefa, o compromisso cognitivo, a superproteção e a desresponsabilização das pessoas com DID neste tipo de tarefas, sendo assumidas por terceiros (i.e.: prestadores de cuidados), que desvalorizam a sua estimulação (Santos, 2010; Santos, 2014; Santos e Morato, 2002).

No que toca ao domínio da *Autonomia* e do funcionamento independente, as pessoas com DID tendem a desempenhos adaptativos inferiores e maior dependência de terceiros, quando comparados com os seus pares sem DID (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e), denotando dificuldades ao nível das suas deslocações, na higiene, vestuário e alimentação.

Do ponto de vista do *Desenvolvimento Físico ou Psicomotor*, as evidências científicas apontam, na generalidade, a tendência para a hipotonia e posturas atípicas, limitações sensoriomotoras com destaque para a menor qualidade de desempenho nas tarefas que envolvem o controlo motor, dificuldades na estruturação espaço-temporal (Barnhill, Koning e Kartheiser, 2007; Santos e Morato, 2007) e de destreza manual e de coordenação oculopodal por parte das pessoas com DID (e.g.: Barnhill e Kartheiser, 2007; Vuijk, Hartman, Scherder e Visscher, 2010; Wuang, Wang, Huang e Su, 2008; Zikl, Holoubková, Karásková e Vesilíková, 2013). Vuijk e colaboradores (2010), avaliando crianças com DID “ligeira” com o Movement Assessment Battery for Children (ABC) obtiveram resultados inferiores mais ao nível das tarefas de destreza manual do que nas atividades que envolviam bola ou equilíbrio. No que toca ao equilíbrio parece haver uma tendência, para as pessoas com DID, apresentarem limitações ao nível do equilíbrio estático e dinâmico (Lathinen, Rintala e Malin, 2007; Vuijk et al., 2010) e da praxia fina (Barnhill e Kartheiser, 2007; Wuang et al., 2008), apesar dos resultados obtidos por crianças com DID se apresentarem valores inferiores aos normativos (Simons et al., 2008).

As oportunidades reduzidas de estimulação e em contexto social deste tido de competências, bem como o compromisso cognitivo, o menor processamento de informações, motor e sensorial (Casey, Tottenham, Liston e Durston, 2005) e a menor motivação (Wuang et al., 2008) são alguns dos fatores explicativos desta realidade (Smits-Engelsman e Hill, 2012). Tal como referem Zikl e colaboradores (2013) este conjunto de dificuldades irá ter impacto ao nível de atividades como a mobilidade e deslocação, destreza manual e AVD, entre outras.

De uma forma geral, parece evidente a maior lentidão na resposta motora associada a limitações em tarefas que envolvam movimentos globais (e.g.: locomoção) e precisos ou finos (e.g.: manipulação de objetos) (Barnhill e Kartheiser, 2007; Frey e Chow, 2006; Hartman, Houwen, Scherder e Visscher, 2010; Rintala e Loovis, 2013; Santos e Morato, 2008; Shinkfield, Sparrow e Day, 1997). As limitações na integração sensorial, associada às limitações das funções executivas, da falta de iniciativa e a maior demora na compreensão do solicitado, no planeamento e concretização motora e a uma menor prestação na autorregulação comportamental são algumas das razões apontadas na

literatura (e.g.: Smits-Engelsman e Hill, 2012; Santos e Morato, 2012e; Wassenber et al., 2005).

Este conjunto de dificuldades interferem com o processo de ensino-aprendizagem das competências escolares, quer como a escrita e leitura (Wuang et al., 2008), ou mesmo operações matemáticas simples e compreensão de instruções complexas, entre outras (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012e). As limitações nas competências inerentes aos domínios de *Números e Tempo* e *Atividade Económica* podem decorrer da menor capacidade de atenção e concentração nas tarefas (e.g.: Pennington e Bennetto, 1998), e portanto maior distratibilidade, com repercussões na seleção dos estímulos relevantes e no processamento da informação, ao mesmo tempo que não são oferecidas condições para a aplicação na prática, o que associado às dificuldades na generalização e do transfer resultam em valores inferiores em tarefas desta natureza (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e). No que se refere ao domínio do *Desenvolvimento da Linguagem*, parece que adultos com DID, manifestam as suas principais dificuldades ao nível da linguagem expressiva e da fonologia, com repercussões menos positivas nas AVD, necessitando consequentemente de uma maior necessidade de apoios neste ponto (Antunes e Santos, 2015). Santos e Morato (2012e) destacam a existência ainda de dificuldades ao nível da linguagem escrita, quando compararam os indivíduos com e sem DID, apesar de se referir que os indivíduos com DID apresentaram cotação máxima no item da expressão pré-verbal, conseguindo expressar as suas necessidades básicas.

O domínio da *Atividade Doméstica* é um domínio no qual os indivíduos com DID apresentam dificuldades, decorrentes da superproteção por parte dos prestadores de cuidados, que consideram que os sujeitos não vão ser capazes de realizar a tarefa, assumindo assim o controlo da mesma (Antunes e Santos, 2015; Santos e Morato, 2012e; Sartawi, AlMuhairy e Adbat, 2011). No domínio da *Atividade Pré-Profissional*, encontram-se novamente associadas as questões da memória e da concentração. É de destacar que a falta de produtividade e de sistematização de determinadas tarefas, traz consequência ao nível da (menor) empregabilidade (Santos e Morato, 2012e).

No âmbito da *Personalidade*, os indivíduos com DID mostram dificuldades em manter relações interpessoais, baixa tolerância à frustração e dificuldades em interpretar expressões faciais (Antunes e Santos, 2015; Santos e Morato, 2012e). Este é um domínio que também se encontra afetado pelas questões da memória e da concentração, sendo que quando comparamos os indivíduos com e sem DID, as diferenças são notórias. Os indivíduos com DID, participam de forma passiva nas atividades, não demonstrando iniciativa (Santos e Morato, 2012e). Do ponto de vista da

Responsabilidade, os indivíduos com DID apresentam dificuldades em conseguir proteger os seus bens ou os dos outros, sendo a pontualidade outro ponto a considerar, dada a dificuldade na sua compreensão por parte das pessoas com DID (Santos e Morato, 2002).

No domínio da *Socialização* e a nível nacional os vários estudos apontam para a inexistência de cooperação ou consideração pelos sentimentos dos outros, apesar de por vezes saberem alguma informação sobre pessoas mais próximas como familiares ou vizinhos (e.g.: Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e). A questão das amizades parece restringir-se mais ao contexto onde passam o seu dia, i.e., instituições (Morato, Matias e Proença, 2005).

Ao nível dos *comportamentos desafiantes ou desajustados* parece haver alguma tendência para comportamentos agressivos e auto-abusivos (Aman e Ramadan, 2007; Matson, Cooper, Malone e Moskow, 2008; Silva, Veríssimo, Carneiro, Felix e Santos, 2018; Sukhodolsky e Butter, 2007) que vão denotando resultados maiores com o nível de severidade de DID (Harris, 2006). A nível sexual a literatura reporta comportamentos menos ajustados possivelmente decorrentes da desinformação na área (Zetlin e Morrison, 1998) bem como da situação de vulnerabilidade social e da instabilidade emocional (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e). A perceção irrealista das suas competências expressas nos desejos das pessoas com DID (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e), bem como os problemas de sono (Poindexter e Loschen, 2007) e de personalidade (Lindsay, Dana, Dosen, Gabriel e Young, 2007), associados a questões de duplo diagnóstico (Barnhill e McNelis, 2012; Kauffmam e Landrum, 2007; Matson e Laud, 2007) também influenciam a adoção de comportamentos perturbados (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002, 2012e).

Santos (2014) ao analisar a importância do comportamento adaptativo no currículo das crianças e adolescentes com DID, refere que o principal foco da escola, para com esta população, passa pela aprendizagem de habilidades (mínimas) de funcionamento independente, destacando a necessidade de minimizar os desajustamentos. Os conteúdos escolares parecem mais focados nas aprendizagens de conteúdos académicos complexos, como é o caso da leitura e da matemática (Santos, 2014), do que na aquisição de conhecimento para a adaptação às exigências da vida comunitária, pelo que a autora sugere que o currículo seja mais flexível e funcional, permitindo a aquisição de competências necessárias em ambientes comunitários e socialmente importantes, como as componentes adaptativas. No estudo comparativo do nível de CA de 586 crianças e adolescentes entre os 6 e os 16 anos (11.95 ± 3.09), 269 do género feminino e 293 do género masculino, com e sem DID, para compreender as diferenças

que podem ser influenciadas pelos currículos, com a aplicação da ECAP a autora constatou diferenças significativas na grande maioria dos domínios, com os participantes com DID a obter as pontuações mais baixas.

Estes resultados foram corroborados quatro mais tarde, por Santos e Morato (2016) que ao avaliar com a ECAP, uma amostra de 602 crianças e adolescentes com DID (n=286) institucionalizados e sem DID (n=318), entre os 6 e os 18 anos, e baseados nos resultados, constata a relevância do CA e reforçam a sua introdução no currículo académico. Os resultados permitiram concluir que a maioria dos participantes com DID tinham limitações ao nível da compreensão de regras sociais e na concretização das AVD, com dificuldades no transfer de competências aprendidas para o seu contexto, associado a limitações de memória, atenção e concentração não apresentando competências ao nível de autodeterminação, conduzindo a maior dependência. A institucionalização, com o comprometimento de oportunidades em contexto comunitário real, o compromisso cognitivo, a superproteção, infantilização e desresponsabilização e o foco “apenas” nas limitações das pessoas com DID são algumas das justificações avançadas pelos autores para as diferenças adaptativas significativas.

Estes dois estudos parecem apontar na direção do reequacionamento dos conteúdos académicos que se pretendem mais funcionais, e envolvendo as competências adaptativas permitindo a melhor seleção das estratégias e dos apoios ao nível das opções curriculares, e visando a transição para a vida ativa e adulta e a participação social.

Adibsereshki, Shaydaei e Movallali (2016), com o objetivo de compreender a eficácia de um programa de treino da inteligência emocional face aos comportamentos adaptativos, avaliados pela Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland, de 32 adolescentes e jovens adultos, entre os 14 e os 18 anos (15.96 ± 1.25), verificaram, após a intervenção, melhorias ao nível da comunicação e das componentes sociais, não se observando melhorias significativas ao nível das AVD.

A revisão teórica dedicada ao CA levanta então a pergunta: que conteúdos adaptativos e funcionais devem ser priorizados no planeamento centrado na pessoa? E que tipos de apoios poderão ser prestados para a otimização das competências? De acordo com a literatura, pessoas com maiores índices de comportamentos adaptativos estão diretamente relacionados com uma necessidade menor de apoios (Simões e Santos, 2018) e com uma maior QdV (Kraemer, McIntyre e Blacher, 2003; Schalock, Lemanowicz, Conroy e Feinstein, 1994), pelo que em seguida se procederá a uma contextualização teórica destes dois constructos.

Qualidade de vida

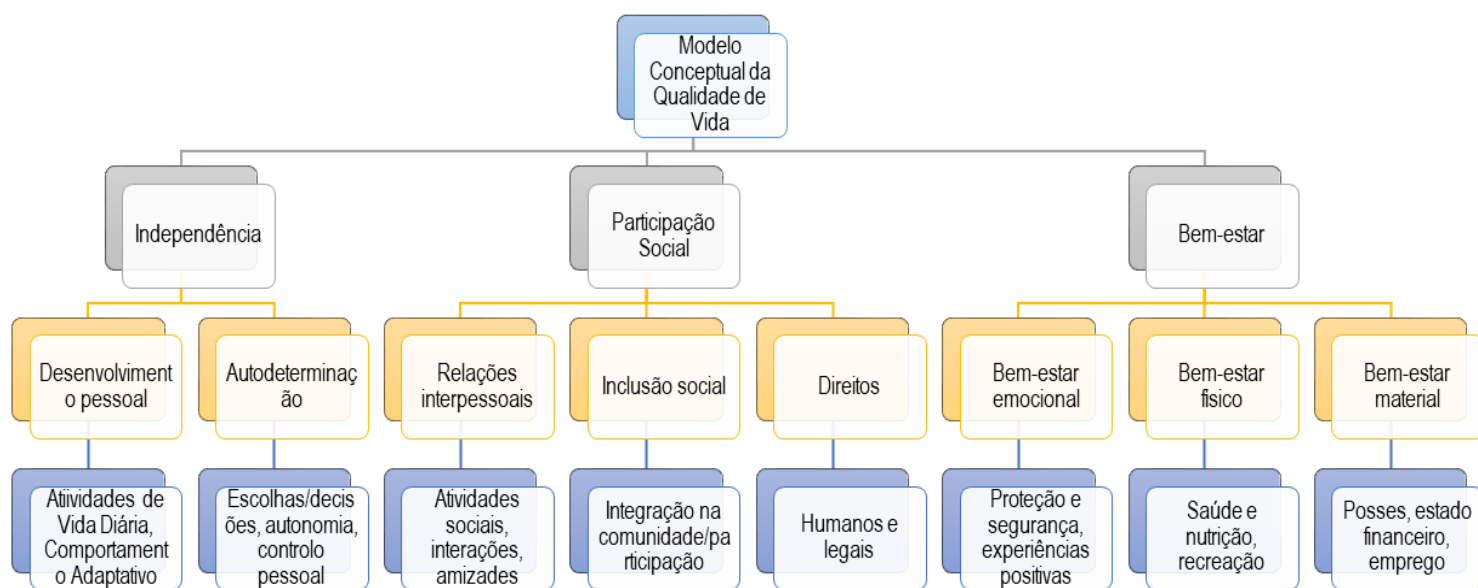
O conceito de Qualidade de Vida (QdV) tem vindo a sofrer constantes alterações, tendo começado por ser utilizado, na área da DID, como constructo sensibilizador, unificador de uma linguagem comum, e operacionalizado, posteriormente, nas mais diversas áreas, desde a economia, educação especial até aos serviços sociais e famílias (Claes, Van Hove, Vandeveld, van Loon e Schalock, 2010; Schalock, 2004; Schalock, Bonham e Verdugo, 2008; Schalock et al., 2002; Verdugo, Navas, Gómez e Schalock, 2012b).

O constructo de QdV tem por base 3 premissas: a mudança de foco para uma melhor compreensão do bem-estar pessoal, familiar e social (para além dos avanços médicos e tecnológicos); a uniformização dos serviços comunitários e sociais para as pessoas com DID; e por fim a capacidade de empoderamento destes indivíduos face aos seus direitos e à autodeterminação (Claes et al. 2010; Schalock et al., 2002; Verdugo, Schalock, Keith e Stancliffe, 2005). O papel da QdV tem vindo a ganhar outra importância, incluindo-se num quadro conceptual que vai permitir avaliar os resultados pessoais do indivíduo com DID, fornecendo pistas para estratégias de empoderamento e satisfação, ao mesmo tempo que permite a avaliação da eficácia das estratégias e implementação de programas (e.g.: psicomotores) (Schalock et al., 2008).

A QdV é um conceito multidimensional influenciado por fatores pessoais, ambientais, e pelas interações do indivíduo com o seu envolvimento, envolvendo dimensões iguais para todos os cidadãos (Cummins, 2005), e engloba uma componente objetiva e uma componente subjetiva, por incluir a perceção que o próprio indivíduo tem, sobre as diferentes áreas, da sua vida (Brown, Hatton e Emerson, 2013; Cummins, 2005; Seidl e Zannon, 2004). Ou seja, as experiências individuais, moldadas pelas expectativas e valores socioculturais contribuem para a valorização e satisfação (ou não) com a própria vida (Brown et al., 2013; Schalock et al., 2007a).

O modelo conceptual da QdV (Schalock e Verdugo, 2002; Simões, Santos e Biscaia, 2016a) estrutura-se de acordo com três fatores – independência, participação social e bem-estar, definidos com base em oito domínios (i.e.: Desenvolvimento pessoal; Autodeterminação; Relações interpessoais; Inclusão social; Direitos; Bem-estar emocional; Bem-estar físico; e Bem-estar material), e respetivos indicadores (figura 1). Os indicadores referem-se a perceções, comportamentos e condições da QdV, que permitem a sua medição (Brown et al., 2013; Schalock et al., 2008; Verdugo, et al., 2005).

Figura 1 - Modelo Conceptual da Qualidade de Vida (Schalock et al., 2008)



De forma resumida, e no que toca à sua concetualização, a QdV é composta por fatores e relações importantes para toda a população, sendo apenas experienciada quando as necessidades básicas estão satisfeitas para a equiparação de oportunidades, validada por uma diversidade de intervenientes (e.g.: os próprios e respetivos prestadores de cuidados), requerendo um conhecimento profundo das pessoas (com DID), e potenciada pelo empoderamento e participação social ativa (Schalock, 1996). O autor acrescenta ainda que a sua avaliação pode requerer uma diversidade de metodologias, instrumentos e técnicas de avaliação, cujos resultados podem ser utilizados para diferentes propósitos, permitindo uma orientação e referencial no que toca aos serviços.

No âmbito dos princípios da aplicação da QdV, Schalock e Verdugo (2002), apontam que pretende promover o bem-estar do indivíduo, aplicando-se no contexto cultural do indivíduo; colabora para a mudança a nível pessoal, de programas, a nível comunitário e nacional; desenvolve os níveis de controlo pessoal e oportunidades para a interação pessoa-envolvimento, com atividades e com intervenções; e desempenha um papel decisivo na recolha de evidências na identificação de preditores importantes de uma vida com qualidade, e na potencialização dos efeitos positivos nos recursos.

No âmbito da medição da QdV há que considerar que: envolve as experiências de vida do indivíduo e a sua valorização; retrata os domínios, que vão contribuir para uma melhor QdV; tem em consideração o envolvimento físico, social e cultural do indivíduo, bem como a sua importância; inclui experiências que são comuns a todos; e permite que o indivíduo passe para uma vida com significado e valor, mediante as suas

expectativas, permitindo compreender a satisfação pessoal e permitindo identificar medidas para a melhoria da QdV (Schalock et al., 2002; Verdugo et al., 2005).

A avaliação da QdV envolve a valorização que os indivíduos atribuem às suas vivências, devendo ser interpretada no contexto de uma forma global, através de um conjunto diversificado de domínios com os respetivos indicadores objetivos e subjetivos, em plena contextualização física, social e cultural do indivíduo (i.e.: medidas subjetivas do bem-estar), quantitativos e qualitativos (Schalock et al., 2007; Wang, Schalock, Verdugo e Jenaro, 2010).

Saviani-Zeoti e Petean (2008) compararam a percepção sobre a QdV de 15 adultos com DID com os seus prestadores de cuidados, com a aplicação da *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)*. As diferenças significativas situaram-se ao nível do trabalho e da importância relativa dada pelos dois tipos de respondentes: os participantes com DID demonstravam satisfação com o tipo de atividades (ocupacionais) desenvolvidas na instituição, mas os seus prestadores de cuidados não as entendiam como “trabalho”, dado não serem remuneradas. As pontuações mais elevadas por parte dos respondentes com DID voltam a observar-se nos domínios *psicológico* e do *meio ambiente*. A idade influencia a satisfação que os indivíduos com DID têm das relações sociais, i.e., quanto mais jovem, maior a satisfação com as relações pessoais (Saviani-Zeoti e Petean, 2008).

Wang e colaboradores (2010), com recurso à *Cross-Cutlural Survery of Quality of life Indicators Instrument*, realizaram a avaliação de 769 adultos com DID, residentes na Europa, América do Sul, América do Norte e Ásia e concluíram que para a melhoria da QdV destes indivíduos tem de ser equacionada a implementação de estratégias visando a melhoria dos resultados pessoais.

Simões e Santos (2016a) analisaram a fiabilidade dos respondentes ao nível da avaliação da QdV das pessoas com DID aplicando a Escala de Resultados Pessoais (EPR - Simões e Santos, 2012) a 207 indivíduos: 69 indivíduos com DID, 69 familiares e 69 técnicos da instituição, entre os 18 e os 57 anos. Os resultados demonstraram que os participantes com DID que têm mais contacto com os técnicos (do que com os membros da sua família), apresentam percepções mais pobres no domínio do bem-estar físico, mas mais elevadas do que a percepção dos seus prestadores de cuidados, podendo ser explicada pela vivência diárias e rotineira, com a qual já estão habituados, sendo pouco críticos com o seu envolvimento. Os cuidadores aparentam subestimar a participação social destes indivíduos e a sua independência, apresentando as diferenças de pontuações ao nível dos domínios do desenvolvimento e

autodeterminação pessoal, relações interpessoais, inclusão social, domínios dos direitos e domínio do bem-estar (Simões e Santos, 2016a).

Simões e Santos (2016b) analisaram, ainda, os preditores da QdV no sentido de identificar quais os fatores com mais peso para uma vida com qualidade, recorrendo à EPR para avaliar 1929 indivíduos com e sem DID. Os dois grupos apresentaram diferenças com os indivíduos com DID a apresentarem pontuações mais baixas, nomeadamente nos domínios dos *direitos* e do *bem-estar material* resultantes da forma como esta população ainda é considerada e vulnerável à estigmatização, da falta de oportunidades, da desvalorização das suas capacidades (Santos, 2010; Santos, 2014; Santos e Gomes, 2016), com impacto direto na perceção dos seus direitos (Simões e Santos, 2016b). Não foram verificadas diferenças nos domínios do *bem-estar emocional* e *físico*. Para os indivíduos com DID os maiores preditores da QdV são a idade, circunstâncias em que vivem, emprego, diagnóstico e saúde, enquanto para os pares sem DID os maiores preditores da QdV são idade, emprego, educação e saúde. O bem-estar físico parece ser o preditor em comum para os dois subgrupos (Simões e Santos, 2016b). O diagnóstico ainda funciona como uma barreira à participação, observando-se atitudes menos positivas e de exclusão social (Santos e Franco, 2017), reforçando a necessidade da mudança para a abordagem socio-ecológica e funcional. Além disso, as respostas dos 1264 adultos com DID, entre os 18 e os 66 anos (31.36 ± 10.55) apontam que quem vive na sua própria casa (vs. institucionalização) apresentam índices de QdV mais elevados (Simões e Santos, 2017).

Graves e colaboradores (2016) avaliaram a QdV de 60 adultos, entre os 18 e os 61 anos (30.8 ± 9.6), com T21, na forma de autorrelato e da resposta por terceiros, recorrendo aos respetivos prestadores de cuidados. Os participantes a viver em casa de familiares demonstram participar mais em atividades da comunidade, atividades sociais ou voluntariado, comparativamente aos indivíduos institucionalizados. Jardim e Santos (2016) ao analisar a contribuição da intervenção psicomotora em meio aquático na QdV de 29 adultos, entre os 19 e os 45 anos (28.55 ± 5.49), com DID, observaram melhorias em alguns fatores da QdV (e.g.: relações interpessoais e bem-estar emocional) após a implementação de um programa psicomotor.

Ao comparar a QdV dos indivíduos com e sem DID, Ribeiro e colaboradores (2017), aplicaram a versão portuguesa da Escala de San Martín a 259 adultos, entre os 18 e os 83 anos (33.73 ± 12.26), com os participantes com DID institucionalizados a apresentar necessidades de apoio significativas, encontraram diferenças significativas na *Autodeterminação* entre os dois grupos, que podem ser explicados pela desvalorização da sua estimulação e da superproteção, por parte dos prestadores de cuidados.

Situação idêntica acontece ao nível da *Bem-Estar Material*, bem como ao nível do *Desenvolvimento Pessoal*, derivado não só das dificuldades cognitivas, adaptativas e psicomotoras, como também da desresponsabilização das pessoas com DID, sendo este tipo de tarefas assumidas por terceiros (Ribeiro et al., 2017). Os autores observaram índices superiores de QdV por parte dos participantes sem DID, inferindo que a satisfação dos indivíduos com DID institucionalizados relativamente à sua QdV é menor.

Blick, Litz, Thornhill e Goreczny (2017) analisaram a QdV de 477 adultos, entre os 18 e os 90 anos (48.9 ± 14.57) com DID, nos diferentes contextos (e.g.: programas de creche, oficinas, emprego integrado na comunidade), aplicando o *Essential Data Elements* (EDE), que avalia diversos domínios da QdV, desde da inclusão/participação na comunidade, a questões relacionadas com a satisfação familiar. As diferenças significativas voltam a apontar que em ambientes regulares e comunitários, os indivíduos apresentam maior capacidade de escolha e de controlo sobre as suas atividades diárias com consequências positivas na forma como percecionam a sua QdV (Blick et al., 2017). Os autores realçam, no entanto, que os participantes com DID parecem usufruir mais de atividades recreativas. Xanthopoulos et al., (2017), com o objetivo de analisar a QdV de 150 indivíduos entre os 10 e os 20 anos, com T21, e recorrendo à utilização da *Pediatric Quality of Life Inventory*, obtiveram respostas por parte dos cuidadores dos indivíduos que indicavam uma menor QdV quando comparados com os seus pares típicos, excetuando no domínio do funcionamento emocional.

Apoios

O novo paradigma centra-se, então, na interação entre o indivíduo e meio, tendo em conta que a adequada (personalizada) prestação de apoios pode reforçar a funcionalidade do indivíduo, e consequentemente, a sua QdV, tal como a dos seus familiares (Schalock et.al, 2007a; Vilaseca et. al., 2017). O novo paradigma sustenta-se na premissa que as pessoas com DID revelam necessidades de apoios (i.e.: tipo e intensidade) para a sua participação social (Thompson et al., 2004, 2009, 2014), existindo a relação entre as suas características pessoais e as exigências do envolvimento (Thompson et al., 2009; Wehmeyer et al., 2008), descentrando-se o foco exclusivo das limitações (Simões e Santos, 2018).

Neste enquadramento teórico, há que diferenciar necessidade de apoios e apoios: as necessidades de apoios são uma construção psicológica que se vai referir à intensidade de apoios e à forma como são facultados ao indivíduo, para que este possa

participar nas atividades comuns da sociedade (Thompson et al., 2009), sendo influenciadas pelas características individuais e do seu envolvimento (Wehmeyer e Thompson, 2016). Por seu lado, os apoios assumem-se como todos os recursos e estratégias que fomentem e permitam as interações entre o indivíduo e o contexto, visando a melhoria do funcionamento humano (Thompson et al., 2004; 2009) a sua real participação social (Luckasson e Schalock, 2013).

O conceito de apoio tem vindo a assumir um papel cada vez mais de destaque no campo da DID situando-se não só ao nível dos planos centrados na pessoa, nomeadamente para o seu desenvolvimento individual, como na aposta de criação de oportunidades na comunidade, associando-se a questões como o empoderamento, autodeterminação, direitos, entre outros, deste subgrupo populacional (Brown e Brown, 2009; Neely-Barnes, Marcenko, e Weber, 2008; Schalock, 2011; Shogren, Wehmeyer, Buchanan, e Lopez, 2006; Thompson et al., 2009). Acresce ainda a sua relação estreita com a QdV e o impacto que pode deter na potencialização dos resultados pessoais (Van Loon, 2008). Os apoios ainda podem ser contextualizados em modelos de reabilitação centrados na comunidade, numa interação entre pessoa, família e comunidade, sendo este modelo o centro do plano de desenvolvimento estratégico a nível internacional (Emerson et al., 2007 cit in Schalock, 2011).

Por outras palavras, os sistemas de apoio objetivam maximizar os recursos existentes (e.g.: utilização de tecnologias de apoio), proporcionando novas oportunidades, centrando-se nos pontos fortes do indivíduo (Luckasson et al., 2002), e visando o melhor desempenho funcional (Schalock e Luckasson, 2013). Luckasson e Schalock (2013) referem que para um bom planeamento dos apoios há a considerar: a relação entre pessoa e envolvimento, a extensão e a intensidade dos apoios a providenciar para a funcionalidade e participação (Wehmeyer e Thompson, 2016), focados nas características individuais (e não apenas nas limitações), e na minimização do desajuste entre as competências individuais e as exigências do meio.

A avaliação das necessidades de apoio vem complementar a avaliação adaptativa (Gonçalves e Santos, 2016) inserindo-se no modelo multidimensional do funcionamento humano e contribuindo para a mudança de perspetiva classificativa das pessoas com DID que de acordo com vários autores (e.g.: Luckasson et al., 2002; Thompson et al., 2004) deverá assentar não em rótulos e níveis de severidade, mas antes no tipo de apoio que necessitam para a funcionalidade diária. Os sistemas de classificação pretendem uma categorização de um conjunto de pessoas, pelas suas características e pelas do envolvimento, sendo utilizados habitualmente utilizados para: financiamento,

investigação, serviços/apoios e comunicação (entre profissionais ou prestadores de cuidados) (Schalock, 2011).

No momento atual constata-se quatro sistemas de classificação utilizados no campo da DID: a Classificação Internacional da Funcionalidade – CIF (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004) e a Classificação Internacional de Doenças – ICD-10 (World Health Organization, [WHO], 2016), que ainda se baseiam nos quatro níveis de severidade da “deficiência” (leve, moderado, severo e profundo); o *Diagnosis Statistical Manual-V* (DSM-V - APA, 2013), que apesar de ainda manter a classificação por níveis de severidade inova destacando que os mesmos decorrem das limitações adaptativas; e, finalmente, a nova proposta baseada no tipo de apoios que a pessoa necessita para concretizar as atividades e não nas diferenças quantitativas das limitações (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Thompson et al., 2009). Neste sentido, a nova classificação envolve (Luckasson et al., 2002; Thompson et al., 2009): **apoios intermitentes** de natureza episódica e/ou em períodos específicos; **apoios limitados** com maior consistência na intensidade, sendo utilizados em períodos críticos; **apoios extensivos** quando utilizados diariamente num contexto específico (e.g.: casa, escola, trabalho...); e **apoios pervasivos/permanentes**.

Córdova, Río, Robaina, Ortiz e Tejada (2012) ao analisar as necessidades de apoios de 285 adultos, entre os 18 e os 51 anos, com DID e institucionalizados, constataram que os maiores índices obtidos se prenderam com questões de aprendizagens ao longo da vida (e.g.: aprendizagens académicas), e as atividades da vida diária necessitavam de menos apoios. Os autores destacam que as necessidades de apoio se encontram associadas ao nível de funcionalidade e não necessariamente à idade do indivíduo, reforçando que a autodeterminação e a capacidade de escolha das pessoas com DID deve ser uma prioridade. Os autores acrescentam ainda a tendência no Chile para a institucionalização e que as instituições se deverão reorganizar para a prestação de apoios personalizada.

Com a premissa de compreender o impacto da avaliação dos resultados pessoais e dos apoios, com os fatores ambientais e com as características do cliente, Claes, Van Hove, Vandeveld, Loon e Schalock (2012) avaliaram 186 adultos, entre os 19 e os 83 anos (45.66 ± 14.34), com DID com a EIA e com a *Personal Outcomes Scale* (POS). Os resultados apontaram para que a disponibilidade de apoios naturais tem um impacto significativo na QdV do indivíduo, sendo igualmente possível concluir que o sistema de apoios adequado às características de cada indivíduo, está segura e diretamente correlacionado com a QdV. Van Loon, Claes, Vandeveld, Van Hove e Schalock (2010), acrescentam ainda que a concordância das necessidades de apoio dos indivíduos com

DID e os seus resultados pessoais, necessitam de elementos como a capacitação pessoal do indivíduo, sendo corroborados por Buntinx e Schalock (2010).

O peso dos prestadores de cuidados, i.e. familiares ou profissionais, de saúde, também é um fator importante no âmbito da QdV, visto deverem reconhecer a relevância das escolhas destes indivíduos baseados nos apoios necessários de acordo com os seus desejos, necessidades e resultados pessoais (Van Loon et al., 2010). Parece assim, ser possível inferir que a relação entre “apoios que necessita” e “apoio que efetivamente usufrui” é essencial ao nível da autodeterminação e da QdV das pessoas com DID (Buntinx e Schalock, 2010; Thompson et al., 2009), pelo que há que equacionar uma estratégia a nível nacional para a elegibilidade e distribuição ajustada dos serviços e apoios que cada um precisa para atingir os seus objetivos pessoais (Townsend-White, Pham e Vassos, 2012) e ter oportunidade de uma vida com qualidade (Simões e Santos, 2018) na sua multidimensionalidade (Luckasson e Schalock, 2012) e visando os resultados pessoais (Schalock e Verdugo, 2002).

Chou, Lee, Chang e Yu (2013) avaliaram 139 indivíduos, entre os 16 e os 53 anos (29.4 ± 8.7), com DID com o objetivo de averiguarem o potencial da Escala de Intensidade de Apoios (EIA), para a identificação dos apoios a providenciar na região de Taiwan. Os autores constataram que a primeira seção desta escala, relativa às atividades de vida diária, parece ser bastante importante para os indivíduos com DID e para os serviços que beneficiam, devendo ser incluída no planeamento dos serviços em Taiwan.

Com o propósito de comparar o comportamento adaptativo com as necessidades de alocação dos apoios dos indivíduos, Arnold, Riches e Stancliffe (2015), e com a versão reduzida do instrumento de classificação e avaliação das necessidades de apoio (I-CAN), avaliaram 163 participantes, entre os 14 e os 55 anos, 89 do género masculino e 74 do género feminino com DID. Este estudo é particularmente invulgar pelo facto de a amostra ter recebido um montante personalizado, atribuído através da avaliação individual do conjunto de apoios oferecidos, sendo avaliado o contexto em que o indivíduo se encontra e os apoios informais ao dispor, de forma a determinar que tipo de serviços e bens seriam necessários para alcançar os objetivos que cada um gostaria (Arnold et al., 2015). Os autores concluíram que os recursos financeiros permitem que as necessidades de apoios individuais sejam melhoradas, ao mesmo tempo que esta abordagem permite uma avaliação mais precisa das necessidades de apoio, levando a avaliar a rede de apoio informal, e as lacunas que existem nos apoios prestados.

Alcedo, Fontanil, Solís, Pedrosa e Aguado (2017), com o propósito de compreender os desafios que o aumento da esperança de vida coloca aos indivíduos com DID, avaliaram 1173 participantes, através de uma entrevista estruturada, entre os 35 e os 80 anos (52.57 ± 7.5) e constataram que os participantes apresentaram uma maior necessidade de apoios ao nível pessoal (i.e.: cuidados individuais), económico e social, nomeadamente na aceitação social por parte da comunidade.

A provisão dos apoios individualizados e personalizados deve caracterizar-se por serem centrados nas características (i.e.: capacidade e limitações, interesses e preferências) pessoais; responsivo, ou seja, baseado no diálogo entre todos os intervenientes envolvidos no plano de apoios; flexível ao longo do ciclo de vida; e pro-ativo e focado no empoderamento das pessoas com DID e na equiparação de oportunidades; e baseado em evidências científicas (i.e.: padrão e intensidade das necessidades de apoio para a facilitação dos resultados pessoais (Schalock, Verdugo, Bonham, Fantova e Van Loon, 2008b).

Valente, Santos e Morato (2012) salientam que a disponibilização dos apoios personalizados, irá permitir a redução dos desajustamentos e a aquisição de competências funcionais e adaptadas ao seu contexto, podendo a intervenção psicomotora atuar como um dos principais apoios (Santos, 2017), ou pelo menos complementares (Probst, Knappen, Poot e Vancampfort, 2010), a oferecer a pessoas com DID para uma maior funcionalidade, independência, e participação no seu envolvimento e contexto social (e.g.: Antunes e Santos, 2015; Júnior, Afonso e Santos, 2017; Ramos, Sousa, Esteves, Duarte e Santos, 2017a).

A intervenção psicomotora como apoio

A intervenção psicomotora assenta numa perspetiva holística e compreensiva da pessoa (com diferentes idades e diagnósticos), na unidade “corpo-mente” e que através do movimento, quer seja na perspetiva mais orientada para a ação como para a experiência (Probst et al., 2010), procura a estimulação do desenvolvimento sensoriomotor, cognitivo, emocional e social (Emck e Bosscher, 2010) para prevenir e/ou minimizar a desadaptação adaptativa, melhorando a sua eficácia e as suas carências funcionais (Santos, 2017; Fonseca, 2012), visando a participação social em contextos regulares (Santos e Gomes, 2016). Fonseca (2012) destaca ainda a importância da intervenção psicomotora em contexto de grupo, facilitando as interações pessoais, o estabelecimento de relações interpessoais e uma maior aproximação daquilo que é o contexto social.

No paradigma dos apoios, Emck e Bosscher (2010) caracterizam a ação do psicomotricista como interativa e de rede para a realização com sucesso das atividades e dos desafios colocados no contexto da vida diária. O psicomotricista terá de orientar a sua intervenção de acordo com as características do indivíduo, e em particular na população com DID, fazendo com que sejam adquiridas competências práticas para a sua participação completa no envolvimento (Santos, 2017).

O empoderamento e a autonomia das pessoas com DID são então dois dos principais objetivos da intervenção psicomotora (Valente et al., 2012), cuja ação se foca na compensação da perda da funcionalidade bem como da minimização da experiência de “deficiência” (Simões, Santos, Biscaia e Thompson, 2016b) e dos desajustamento (Santos e Morato, 2007), o que tem vindo a exigir, cada vez mais, a planificação e respetiva implementação de programas psicomotores centrados nas características das pessoas e englobando, entre outros, a avaliação adaptativa e das necessidades de apoios (Gonçalves e Santos, 2016), dado serem ambos preditores de uma vida com qualidade (Simões et al., 2016b). Tal como inferido pelas ideias de Stucki (2007), a intervenção psicomotora procura a melhoria do estado de saúde, funcionalidade e qualidade de vida da pessoa (com DID) através de atividade práticas, funcionais e significativas na vida diárias (Santos, 2017).

Neste ponto, Saint-Cast (2004) defende que a intervenção psicomotora incide sobre o indivíduo e a sua ação, avaliando, promovendo e reajustando as áreas psicológicas, percetivas e motoras tendo em consideração o seu contexto ecológico. Ou seja, a intervenção psicomotora visa aprofundar a interação entre o psiquismo (relacionado com a atividade mental, que engloba domínios sócio-afectivo e cognitivos que influenciam o comportamento do indivíduo) e a motricidade (que corresponde a uma organização neurobiológica, sujeita ao desenvolvimento e maturação – Fonseca, 2001; Saint-Cas, 2004; Aragón, 2012).

Em particular a intervenção psicomotora em populações com DID, deve ter em consideração as limitações e competências adaptativas dos indivíduos, devendo igualmente considerar as suas necessidades e promovendo a sua QdV (Valente et al., 2012). Probst e colaboradores (2010), referem-se à intervenção psicomotora como um exercício de consciência corporal e de atividades de carácter físico que funciona com um apoio adicional. Para Custódio e Santos (2011), a intervenção psicomotora tem vindo assumir-se como um dos apoios mais oferecidos no âmbito do compromisso adaptativo, atuando de forma (re)abilitativa, permitindo a contextualização do funcionamento individual no contexto.

Antunes e Santos (2015) destacam a importância da intervenção psicomotora, na estimulação adaptativa, avaliando com a ECAP, 15 participantes entre os 22 e os 31 anos (6.5 ± 3.76), divididos em três grupos: indivíduos com Trissomia 21 (T21), com desenvolvimento típico (DT), e com DID de diferentes etologias. As autoras constataram que, após a implementação de um programa psicomotor ajustado às necessidades e competências dos participantes, melhorias adaptativas foram encontradas, indiciando a relevância que este tipo de intervenção em contexto institucional pode deter na funcionalidade destas pessoas.

Júnior et al., (2017), procurando compreender o contributo que a intervenção psicomotora com recurso à música poderia deter também a nível adaptativo, corroboram as conclusões apresentadas por Antunes e Santos (2015), destacando a importância da intervenção psicomotora no CA e as melhorias ao nível psicomotor, emocional e social. Apesar de não terem tido diferenças significativas após a implementação de um programa psicomotor em meio aquático, com um grupo de 8 adolescentes e adultos com DID em meio aquático, Leitão e Santos (2017) reportaram também melhorias qualitativas quer no desempenho de algumas atividades, quer na qualidade das mesmas, nos mais diversos níveis (e.g. motor, emocional, social e cognitivo). Já Ramos, Estevens, Sousa, Gomes e Santos (2017b), através da implementação do seu programa de atividade motora adaptada com 7 idosos com DID, conseguiram apurar os benefícios desta intervenção ao nível das capacidades funcionais do indivíduo. Os resultados obtidos permitiram reforçar a ideia de que com os apoios indicados e individualizados, obtém-se melhorias na sua QdV.

Braga, Pereira e Simões (2016), através da aplicação de um programa de intervenção psicomotora em contexto escolar, a 35 crianças entre os 6 e os 11 anos (8.9 ± 2.05), procuraram dar resposta às dificuldades de autorregulação de comportamento, gestão da atenção e problemas emocionais. Com objetivo de avaliar o impacto da intervenção, foi possível constatar melhorias ao nível da regulação comportamental e psicossocial, nos problemas de comportamento internalizantes, nas habilidades sociais e nas competências académicas, indiciando assim a mais valia que a intervenção psicomotora pode deter.

Considerações Finais

De acordo com a literatura, os constructos de QdV, CA e necessidades de apoio, apesar de diferentes, estão relacionados (Gonçalves e Santos, 2016; Simões e Santos, 2018; Simões et al., 2016b), constatando-se que pessoas com maiores desempenhos

adaptativos denotam menor necessidade de apoios (Thompson et al., 2009, 2014; Wehmeyer et al., 2008) e melhor QdV (Simões et al., 2016b).

O constructo adaptativo, focando-se no desempenho típico e não otimal, além de atuar como critério para o diagnóstico de DID, identifica as áreas adaptativas que necessitam de apoio numa perspetiva multidimensional da pessoa, desempenha um papel fulcral ao nível do planeamento das intervenções e programas (Luckasson e Schalock, 2012; Santos, Morato e Luckasson, 2014; Verdugo et al., 2010; Tassé et al., 2012), bem como nas adaptações curriculares, na elegibilidade de serviços e monitorização/avaliação da eficácia das intervenções (Verdugo et al., 2010).

Um dos conceitos-chave da temática relativa à QdV prende-se com a funcionalidade e independência, havendo evidência científica que suporta a ideia que pessoas com maiores resultados ao nível adaptativo e pessoal (e.g.: QI e CA) experienciarão menor necessidade de apoios e índices mais elevados de QdV (Claes et al., 2012; Rey, Extremera, Duran, e Ortiz-Tallo, 2013). No entanto, e tal como Simões e Santos (2018) relembram há que ter cautela na inferência que menor independência corresponde “automaticamente” a uma menor QdV, dada a sua interdependência com os apoios de qualidade proporcionados (Thompson et al., 2009) e com a suas capacidades de tomada de decisão (Nota, Ferrari, Soresi e Wehmeyer, 2007). A percepção subjetiva depende então das experiências e da valorização das mesmas (Claes et al., 2010).

Depois das análises teóricas entre os conceitos (Gonçalves e Santos, 2016; Simões et al., 2016b) parece ser possível inferir que a estimulação das competências adaptativas coadjuvadas pela personalização de apoios adequados irá deter um impacto positivo significativo ao nível dos resultados pessoais e da qualidade de vida. A intervenção psicomotora nas suas componentes multicontextual e multiexperencial parece estar alinhada com os novos paradigmas, apesar da necessidade de evidências científicas que corroborem a sua relevância e utilidade enquanto apoio e serviço a disponibilizar às pessoas com DID (Santos, 2017), numa visão holística e integrada da pessoa nos seus vários sistemas: micro, meso e macro. Na sequência desta revisão da literatura, importa agora tentar compreender a relação de todos os constructos abordados na prática e do seu impacto na vida diária das pessoas com DID, ao mesmo tempo que poderá ser uma boa medida para a avaliação da eficácia da intervenção psicomotora neste contexto.

Referências

Adibsereshki, N., Shaydaei, M. e Movallali, G. (2016), The effectiveness of emotional intelligence training on the adaptive behaviors of students with intellectual disability.

International Journal of Developmental Disabilities, 62(4), 245-253. doi: 10.1179/2047387715Y.0000000014

Alcedo, M., Fontanil, Y., Solís, P., Pedrosa, I. e Aguado, A. (2017). People with Intellectual Disability who are ageing: Perceived needs assessment. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17: 38-45 doi: 10.1016/j.ijchp.2016.07.002

Aman, M. e Ramadan, Y. (2007). Pharmacotherapy. . in J. Jacobson, J. Mullick e J. Rojahn (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology* (657-671). New York: Spring Science.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (5ªed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Antunes, A. e Santos, S. (2015). Os benefícios de um programa de Intervenção Psicomotora para indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais ao nível do Comportamento Adaptativo e da Proficiência Motora: estudo comparativo. *A Psicomotricidade*, 18: 89-122

Aragón, M. (2012). *Psicomotricidad: Guía de evaluación e intervención*. Madrid: Ediciones Pirámide

Arnold, S., Riches, V. e Stancliffe, R. (2015). Does a Measure of Support Needs Predict Funding Need Better Than a Measure of Adaptive and Maladaptive Behavior? *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 120(5), 375-394. doi: 10.1352/1944-7558-120.5.375

Balboni, G., Tassé, M., Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K., Zhang, D. e Navas, P. (2014). The Diagnostic Adaptive Behavior Scale: Evaluating its diagnostic sensitivity and specificity. *Research in Developmental Disabilities*, 35: 2884-2893. doi: 10.1016/j.ridd.2014.07.032

Barnhill, J. e Kartheiser, P. (2007). Motor Skills Disorder. In Fletcher, R.; Loschen, E.; Stavrakaki, C. e First, M. (eds). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability*. (89-96). National Association for the Dually Diagnosed in association with APA. NY/USA

Barnhill, J., Koning, N. e Kartheiser, P. (2007). Learning Disorders. In R. Fletcher, E. Loschen, C. Stavrakaki e M. First (eds). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability*: 68-87 National Association for the Dually Diagnosed in association with APA. NY/USA

Barnhill, J. e McNelis, D. (2012). Overview of Intellectual/Developmental Disabilities. *Focus – the Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. X (3): 300-306

Bildt, A., Syetma, S., Kraijer, D., Sparrow, S. e Mindeeraa, R. (2005). Adaptive functioning and behavior problems in relation to level of education in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (9): 672-681, doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00711.x

Blick, R., Litz, K., Thornhill, M. e Goreczny, A. (2016). Do inclusive work environments matter? Effects of community-integrated employment on quality of life for individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 53 (54), 358-366. doi: 10.1016/j.ridd.2016.02.015

Bornstein, M., Giusti, Z., Leach, D., e Venuti, P. (2005). Maternal reports of adaptive behaviours in young children. *Infant and Child Development*, 14, 403-424. doi: 10.1002/icd.414

Braga, M., Pereira, D. e Simões, C. (2016). Aprendizagem socioemocional: A intervenção psicomotora em meio escolar para a redução de problemas de comportamento e melhoria das competências académicas. *Revista da Psicologia da Criança e do Adolescente*. 7(1), 377-396

- Brown, I., e Brown, R. (2009). Choice as an aspect of quality of life for people with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(1), 11–18. doi:10.1111/j.1741-1130.2008.00198.x
- Brown, I., Hatton, C. e Emerson, E. (2013). Quality of life indicators for individual with intellectual disabilities: Extending current practice. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(5), 316-332. doi: 10.1352/1934-9556-51.5.316
- Buntinx, W. e Schalock, R. (2010). Models of disability, quality of life, and individualizer supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Intellectual Disabilities*, 7 (4), 283-294, doi: 10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x
- Casey, B., Tottenham, N., Liston, C. e Durston, S. (2005). Imaging the developing brain: what have we learned about cognitive development? *Trends in Cognitive Sciences*, 9 (3), pp.104-110. doi:10.1016/j.tics.2005.01.011
- Chou, Y., Lee, y., Chang, S. e Yu, A. (2013). Evaluating the supports intensity scale as a potencial assessment instrument for resource allocation for persons with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2056-2063. doi: 10.1016/j.ridd.2013.03.013
- Claes, C., Van Hove, G., Vandeveld, S., Van Loon, J. e Schalock, R. (2012). The influence of supports strategies, environmental factors, and client characteristics on quality of life – related personal outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 96-103. doi: 10.1016/j.ridd.2011.08.024
- Claes, C., Van Hove, G., Vandeveld, S., Van Loon, J., e Schalock, R. (2010). Person-centered planning: An analysis of its published literature and effectiveness. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 48(6), 432–453. doi:10.1352/1934-9556-48.6.432
- Córdova, V., Río, C., Robaina, N., Ortiz, M. e Tejada, A. (2012). Supports Needs for Institutionalized Adults with Intellectual Disability: A Study Within the Chilean Context. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 8 (2), 213-222
- Cummins, R. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699-706. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x
- Custódio, M. e Santos, S. (2011). O Papel da Intervenção Psicomotora na Promoção da Qualidade de Vida, *A Psicomotricidade*, 14: 9-24
- Doll, E. (1941). The essential of an inclusive concept of mental deficiency. *American Journal of Mental Deficiency*, 46, 214-219
- Emck, C. e Bosscher, R. J. (2010). PsyMot: an instrument for psychomotor diagnosis and indications for psychomotor therapy in child psychiatry. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5(3), 244–256, doi: 10.1080/17432971003760919
- Emerson, E. e Brigham, P. (2014). The developmental health of children of parents with intellectual disabilities: Cross sectional study. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 917-921, doi: 10.1016/j.ridd.2014.01.006
- Fonseca, V. (2001). *Para uma Epistemologia da Psicomotricidade*. In V. Fonseca e R. Martins (eds.). *Progressos em Psicomotricidade – Educação Especial e Reabilitação* (13-25). Cruz Quebrada: Edições FMH
- Fonseca, V. (2012). *Terapia Psicomotora – Estudos de Caso – Da caracterização à intervenção*. Lisboa: Âncora Editora
- Frey, G. e Chow, B. (2006). Relationship between BMI, physical fitness and motor skills in youth with mild intellectual disabilities. *International Journal of Obesity*. 30: 861-867. doi: 10.1038/s.ijo.0803196
- Gonçalves, P. e Santos, S. (2016). Comportamento Adaptativo e Apoios: que relação? *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 23: 115-130

- Graves, R., Graff, J., Esbensen, A., Hathaway, D., Wan, J. e Wicks, M. (2016). Measuring Health-Related Quality of Life of Adults with Down Syndrome. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*. 121(4), 312-326. doi: 10.1352/1944-7558-121.4.312
- Greenspan, G., Harris, J. e Woods, G. (2015). Intellectual disability is “a condition, not a number”: Ethics of IQ cut-offs in psychiatry, human services and law. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1, 312—324, doi: 10.1016/j.jemep.2015.07.004
- Grossman, H. (1977). *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*. USA: AAMD.
- Grossman, H. (1983). *Classification in Mental Retardation*. Washington DC: AAMD.
- Guscia, R., Harries, J., Kirby, N., Nettelbeck, T. e Taplin, J. (2006). Construct and criterion validity of the service need assessment profile: a measure of support for people with disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 31:148–155. doi: 10.1080/13668250600876442
- Harries, J., Guscia, R., Kirby, N., Nettelbeck, T. e Taplin, J. (2005). Support needs and adaptive behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, 110(5), 393-404. doi: 10.1352/0895-8017(2005)110[393:SNAAB]2.0.CO;2
- Harris, J. (2006). *Intellectual disability: understanding its development, causes, classification, evaluation and treatment*. Oxford University Press.
- Hartman, E., Houwen, S., Scherder, E. e Visscher, C. (2010). On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 54 (part5): 468-477. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x
- Heber, R. (1961). Modifications in the manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 65, 499-500.
- Jardim, N. e Santos, S. (2016). Effects of a Psychomotor Intervention on Water in the Quality of Life of Adults with Intellectual and Developmental disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*, 3 (1), 54-61. doi: 10.17352/2455-5487.000036
- Júnior, A., Afonso, C. e Santos, S. (2017). La musica nell'intervento psicomotorio con adulti con difficoltà intellettive ed evolutive – Contributo per il comportamento adattivo. *Ricerca e Studi (ReS)*, 1: 2-10
- Kauffman, J. e Landrum, J. (2007). Educational Service Interventions and Reforms. in J. Jacobson, J. Mullick e J. Rojahn (edts). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology* (173-188). New York: Spring Science.
- Kraemer, B., McIntyre, L., e Blacher, J. (2003). Quality of life for young adults with mental retardation during transition. *Mental Retardation*, 41(4), 250–262. doi:10.1352/0047-6765(2003)41<250:QOLFYA>2.0.CO;2
- Lambert, N., Nihira, K. e Leland., H. (1993). *AAMR adaptive behavior scales – School (ABS-S:2). Examiner's manual (2nd.ed.)*. Austin: TX.
- Lathinen, U.; Rintala, P. e Malin, A. (2007). Physical performance of individuals with intellectual disability: a 30-year follow up. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 24: 125-143
- Leitão, A. e Santos, S. (2017). O contributo da Intervenção Psicomotora em Meio aquático em indivíduos com DID nas competências em meio aquático e adaptativas. *A Psicomotricidade (no prelo)*
- Lerman, P., Apgar, D. e Jordan, T. (2005). Longitudinal Changes in Adaptive Behavior of Movers and Stayers: Findings from a Controlled Research Design. *Mental Retardation*, 43, 25-42. doi: 10.1352/0047-6765(2005)43<25:LCIABO>2.0.CO;2

- Lindsay, W., Dana, L., Dosen, A., Gabirel, S. e Young, S. (2007). Personality Disorders. In Fletcher, R.; Loschen, E.; Stavrakaki, C. e First, M. (eds). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability*. (511-532). National Association for the Dually Diagnosed in association with APA. NY/USA
- Loveland, K. e Kelley, M., (1988). Development of Adaptive Behavior in Adolescents and Young Adults with Autism and Down Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 93 (1): 84-92
- Luckasson, R. e Schalock, R. (2012). The role of adaptive behavior in a functionality approach to intellectual disability. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.) *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois*. (9-18). Cruz Quebrada: FMH Edições
- Luckasson, R. e Schalock, R. (2013). Defining and applying a functionality approach to intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(7), 657-668. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01575.x
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., Schalock, R. e Snell, M.; Spitalnik, D.; Spreat, S. e Tassé, M. (1992). *Mental Retardation – definition, classification and systems of supports*. 9th Edition. AAMR.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., Schalock, R. e Snell, M., (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*. 10th ed, Washington DC.
- Makary, A., Testa, R., Tonge, B., Einfeld, S., Mohr, C., e Gray, K. (2015). Association between adaptive behaviour and age in adults with Down Syndrome without dementia: examining the range and severity of adaptive behaviour problems. *Journal of intellectual disability research*, 59(8), 689-702. doi: 10.1111/jir.12172
- Matson, J. e Laud, R. (2007). Assessment and Treatment Psychopathology among People with Developmental Delays. in J. Jacobson, J. Mullick e J. Rojahn (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology* (507-539). New York: Spring Science.
- Matson, J.; Cooper, C.; Malone, C. e Moskow, S. (2008). The relationship of self-injury behaviour and other maladaptive behaviours among individuals with severe and profound intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*. 29: 141-148. doi: 10.1016/j.ridd.2007.02.001
- Ministerio de Educación Chile (2010). *Orientaciones Técnico-Pedagógicas para la Evaluación Diagnóstica Integral de las NEE Permanente en Escuela Especial - Ley Nº 20.201 - Decreto Supremo Nº 170*. División de Educación General Educación Especial
- Morato, P., Matias, A e Proença, V. (2005). A Amizade na Trissomia 21. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 12 (1): 19-33
- Neely-Barnes, S., Marcenko, M., e Weber, L. (2008). Does choice influence quality of life for people with mild intellectual disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(1), 12–26. doi:10.1352/0047-6765(2008)46[12:DCIQOL]2.0.CO;2
- Nihira, K. (1999). Adaptive behavior: A historical overview. In R. Schalock (Ed.), *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation*. (7–14). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Nota, L., Ferrari, L., Soresi, S., e Wehmeyer, M. (2007). Self-determination, social abilities and the quality of life of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(11), 850–865. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00939.x
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade*. Lisboa: Direção-geral da Saúde.

- Pennington, B. e Bennetto, L. (1998). Toward a neuropsychology of mental retardation. In J. Burack, R. Hodapp e E. Zigler (Eds). *Handbook of Mental retardation and Development* (80-114). USA.
- Poindexter, A. e Loschen, E. (2007). Sleep Disorders. In R. Fletcher, E. Loschen, C. Stavrakaki e M. First (eds). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability: 467-481*. National Association for the Dually Diagnosed in association with APA. NY/USA
- Prasher, V. Chung, M. e Haque, M., (1998). Longitudinal Changes in Adaptive Behavior in Adults with Down Syndrome: Interim Findings from a Longitudinal Study. *American Journal of Mental Deficiency*, 103 (1): 40-46. doi: 10.1352/0895-8017(1998)103<0040:LCIABI>2.0.CO;2
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G. e Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.
- Ramos, J., Estevens, M., Sousa, E., Gomes, F. e Santos, S. (2017b). A Atividade Motora Adaptada na capacidade funcional de indivíduos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento com mais de 40 anos. *Revista da Federação Portuguesa de Desporto para Deficientes*, 3(1): 55-67
- Ramos, J., Sousa, E., Estevens, M., Duarte, F. e Santos, S. (2017a). A acessibilidade na visão do psicomotricista em contexto institucional: CERC Lisboa. *A Psicomotricidade*. (no prelo)
- Rey, L., Extremera, N., Duran, A., e Ortiz-Tallo, M. (2013). Subjective quality of life of people with intellectual disabilities: The role of emotional competence on their subjective well-being. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(2), 146–156. doi:10.1111/jar.12015
- Ribeiro, J., Silva, T., Varela, C., Gonçalves, I., Rodrigo, A., Gomes, F., Santos, S. (2017). Quality of life of people with DID with significant support needs: a comparative study with non-DID pairs. *Research e Networks in Health*, 3(1), 1-11.
- Rintala, P. e Loovis, E. (2013). Measuring motor skills in Finnish children with Intellectual Disabilities. *Perceptual e Motor Skills*. 116: 294-303. doi: 10.2466/25.10.PMS.116.1.294.303
- Saint-Cast, A. (2004). Modalidades de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, 4, 7-21
- Santos S. e Morato, P. (2007). Estudo exploratório do comportamento adaptativo no domínio psicomotor em populações Portuguesas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *A Psicomotricidade*. 9: 21-31.
- Santos S., (2010). A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento na Atualidade. Pró-Inclusão: Associação Nacional de Docentes de Educação Especial: Dossier Temático. *Revista Educação Inclusiva*. 1 (2). 1-16.
- Santos, S. (2003). Comportamento Adaptativo e Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2): 34-40
- Santos, S. (2014). Adaptive Behavior on the Portuguese curricula: A comparison between children and adolescents with DID. *Creative Education*, 5, 501-509. doi: 10.4236/ce.2014.57059
- Santos, S. (2017). Psychomotor Therapy and Intellectual Disability in Portugal: from 0 to 100... *International Journal of Psychology and Neuroscience (IJP)*, 3(2), 22-37.
- Santos, S. e Franco, V. (2017). As atitudes face à Dificuldade Intelectual. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 24, 11-25

- Santos, S. e Gomes, F. (2016). A Educação das crianças com Dificuldade Intelectuais e Desenvolvimentais vs. a Convenção dos Direitos da Criança. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 16 (s1): 51-54, doi: 10.1111/1471-3802.12268
- Santos, S. e Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Coleção Educação Especial. Nº8. Porto Editora.
- Santos, S. e Morato, P. (2004). Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP) – fichas de registo (documento não publicado)
- Santos, S. e Morato, P. (2008). Dificuldades Intelectuais, Comportamento Adaptativo e Sistema de Apoios. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. IV Série. 15: 7-14.
- Santos, S. e Morato, P. (2012a). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e Desenvolvimental (DID). Por quê?. *Revista Brasileira de Educação Especial*, (1) 18, 3-16.
- Santos, S. e Morato, P., (2002). *Comportamento Adaptativo*. Coleção Educação Especial (nº8): Porto Editora.
- Santos, S. e Morato, P. (2012b). A escala de comportamento adaptativo – versão portuguesa. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento Adaptativo - Dez anos depois* (83-100). Cruz Quebrada: Edições FMH
- Santos, S. e Morato, P. (2012c). Idade e Comportamento Adaptativo. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.), *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois*. (133-147). Cruz Quebrada: FMH Edições
- Santos, S. e Morato, P. (2012d). Género e Comportamento Adaptativo. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento Adaptativo - Dez anos depois* (121-131). Cruz Quebrada: Edições FMH
- Santos, S. e Morato, P. (2012e). Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa com e sem dificuldade intelectual e desenvolvimental. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.), *Comportamento adaptativo – Dez anos depois* (101-120). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Santos, S. e Morato, P. (2012f). O Comportamento Adaptativo em Portugal por região. in S. Santos e P. Morato (Edts). *Comportamento Adaptativo – 10 anos depois*. Edições FMH
- Santos, S. e Morato, P. (2016). O comportamento adaptativo no currículo. *Journal of Research in Special Education Needs*, 16(1), 736-740. doi: 10.1111/1471-3802.12330
- Santos, S. e Morato, P. e Luckasson, R. (2014). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Adaptive Behavior Scale. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52 (5): 379-387. doi: 10.1352/1934-9556-52.5.379
- Sartawi, A., AlMuhairy, O., e Adbat, R. (2011). Behavioral Problems among Students with Disabilities in United Arab Emirates. *International Journal for Research in Education*, 29, 1-15
- Saviani-Zeoti, F. e Petean, E. (2008). A Qualidade de Vida de Pessoas com Deficiência Mental Leve. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(3), pp. 305-311. doi: 10.1590/S0102-37722008000300006
- Schalock, R. (1996). *Reconsidering the Conceptualization and Measurement of Quality of Life*. In R. Schalock (Ed.). *Quality of Life I: Conceptualization and Measurement* (Vol.1). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. (2004). The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203-216. doi: 10.1111/j.1365-2788.2003.00558.x
- Schalock, R. (2011). The evolving understanding of the construct of intellectual disability. *Journal of Intellectual e Developmental Disability*, 36(4): 227–237, doi: 10.3109/13668250.2011.624087

- Schalock, R., Bonham, G., e Verdugo, M. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31(2), 181-190. doi:10.1016/j.evalprogplan.2008.02.001
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, e R., Reeve, A. (2010). *Intellectual Disability – Definition, Classification and Systems of Supports*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 11th ed., Washington, D.C.
- Schalock, R., Brown, I., Brown, R., Cummins, R., Felce, D., Matikka, L., Keith, K. D., e Parmenter, T. (2002). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons with Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Mental Retardation*, 40(6), 457-470. doi: 10.1352/0047-6765(2002)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2
- Schalock, R., Gardner, J. e Bradley, V. (2007a). *Quality of Life for Persons with Intellectual and Other Developmental Disabilities: applications across individuals, organizatios, communities, and systems*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W. e Yeager, M. (2007b). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45 (2), pp. 116-124. doi:10.1352/19349556(2007)45[116:tromru]2.0.co;2
- Schalock, R., Lemanowicz, J., Conroy, J., e Feinstein, C. (1994). A multivariate investigative study of the correlates of quality of life. *Journal on Developmental Disabilities*, 3(2), 59–73.
- Schalock, R. e Luckasson, R. (2013). What's at Stake in the Lives of People with Intellectual Disability? Part I: The Power of Naming, Defining, Diagnosing, Classifying and Planning Supports. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(2), 86-93. doi: 0.1352/1934-9556-51.2.086
- Schalock, R., Luckasson, R., Bradley, V., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Shogren, K., Snell, M., Thompson, J., Tassé, M., Verdugo, M., e Wehmeyer, M. (2012). *User's guide to accompany the 11th edition of Intellectual disability: Definition, classification, and systems of support: Applications for clinicians, educators, organizations providing supports, policy makers, family members and advocates, and health care providers*. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R. e Verdugo, M. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R., e Verdugo, M. (2012). A conceptual and measurement framework to guide policy development and systems change, *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9 (1), 63-73, doi: 10.1111/j.1741-1130.2012.00329.x
- Schalock, R., Verdugo, M., Bonham, G., Fantova, F. e Van Loon, J. (2008). Enhancing personal outcomes: organizational strategies, guidelines, and examples, *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5 (4), 276-285, doi: 10.1111/j.1741-1130.2007.00135.x
- Seidl, E. e Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.
- Shinkfield, A., Sparrow, W. e Day, R., (1997). Visual Discrimination and Motor Reproduction of Movement by Individuals with Mental Retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 102 (2), 173-181, doi: 10.1352/0895-8017(1997)102<0172:VDAMRO>2.0.CO;2

- Shogren, K., Wehmeyer, M., Buchanan, C. e Lopez, S. (2006). The application of positive psychology and self-determination to research in intellectual disability: A content analysis of 30 years of literature. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 31, 338 – 345. doi: 10.1177/154079690603100408
- Silva, F., Veríssimo, J., Carneiro, M., Felix, S. e Santos, S. (2018). Comportamento Autoabusivo em Crianças e Jovens com DID. *Revista de Educação Especial e Reabilitação (no prelo)*
- Simões, C. e Santos, S. (2016a). The quality of life perceptions of people with intellectual disability and their proxies. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, pp.2-13. doi: 10.3109/13668250.2016.1197385
- Simões, C. e Santos, S. (2016b). Comparing the quality of life of adults with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(4), pp.378-388. doi: 10.1111/jir.12256
- Simões, C. e Santos, S. (2017). The impact of Personal and Environmental Characteristics on Quality of Life of People with Intellectual Disability. *Applied Research in Quality of Life*, 12 (2), 389-410. doi: 10.1007/s11482-016-9466-7
- Simões, C. e Santos, S. (2018). *Qualidade de Vida, Comportamento Adaptativo e Apoios: compreender a relação entre constructos na Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental*, Edições FMH
- Simões, C., Santos, S., e Biscaia, R. (2016a). Validation of the Portuguese version of the Personal Outcomes Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 186–200. doi:10.1016/j.ijchp.2015.11.002
- Simões, C., Santos, S., Biscaia, R., e Thompson, J. (2016b). Understanding the relationship between quality of life, adaptive behavior and support needs. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 28, 849–870. doi:10.1007/s10882-016-9514-0
- Simons, J., Daly, D., Theodorou, F., Caron, C., Simons, J. e Andoniadou, E. (2008). Validity and Reliability of the TGMD-2 in 7-10-year-old Flemish children with Intellectual Disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 25: 71-81
- Smits-Engelsman, B. e Hill, E. (2012). The relationship between motor coordination and intelligence across the IQ range. *Pediatrics*. 130 (4):e950-e956. doi: 10.1542/peds.2011-3712
- Stancliffe, R., Hayden, M., Larson, S., e Lakin, K. (2002). Longitudinal Study on the Adaptive and Challenging Behaviors of Deinstitutionalized Adult with Mental Retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 107 (4): 302-320. doi: 10.1352/0895-8017(2002)107<0302:LSOTAA>2.0.CO;2
- Stucki, G. (2007). Developing human functioning and rehabilitation research Part I: academic training programs. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(4), 323–333, doi: 10.2340/16501977-0037
- Sukhodolsky, D. e Butter, E. (2007). Social Skills training for Children with Intellectual Disabilities. in J. Jacobson, J. Mullick e J. Rojahn (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology* (601-618). New York: Spring Science.
- Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Barthwich-Duffy, S., Spreat, S., ...e Zhang, D. (2012). The construct of Adaptive Behavior: its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(4), 291-303. doi: 10.1352/1944-7558.4.291
- Tassé, Schalock, Thissen, Balboni, Bersani, Borthwick-Duffy, Spreat, Widaman, Zhang, D. e Navas, P. (2016). Development and Standardization of the Diagnostic Adaptive

Behavior Scale: Application of Item Response Theory to the Assessment of Adaptive Behavior. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*. 121(2):79-94. doi: 10.1352/1944-7558-121.2.79.

Taverna, L., Bornstein, M., Putnick, D. e Axia, G. (2011). Adaptive Behaviours in Young children: a unique cuoltural comparison in Italy. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42 (3), 445-465, doi: 10.1177/0022022110362748

Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M., Wehmeyer, M., Borthwick- Duff, S., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Spreat, S., Tassé, M., e Verdugo, M. (2009). Conceptualizing Supports and Support Needs of People with Intellectual and Developmental Disabilities. *American Journal on Intellectual and Developmental*, 47 (2), 135-146. doi: 10.1352/1934-9556-47.2.135

Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D., ... Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale: User's manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Thompson, J., Schalock, R., Agosta, J., Teninty, L., e Fortune, J. (2014). How the supports paradigm is transforming the developmental disabilities service system. *Inclusion*, 2(2), 86–99. doi:10.1352/2326-6988-2.2.86

Townsend-White, C., Pham, A., e Vassos, M. (2012). A systematic review of quality of life measures for people with intellectual disabilities and challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(3), 270–284. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01427.x

Valente, P. Santos, S. e Morato, P. (2012). A intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *A Psicomotricidade*, 15, 10-23.

Van Loon, J. (2008). Aligning quality of life domains and indicators with SIS data. In R. Schalock, J. Thompson e M. Tassé (Eds.), *Relating Supports Intensity Scale information to individual service plans* (p.10–13). Retrieved from <http://www.siswebsite.org/cs/SISwhitepaper/Individualserviceplans>

Van Loon, J. Claes, C., Vandeveld, S., Van Hove, G., e Schalock, R. (2010). Assessing individual support needs to enhance personal outcomes. *A Special Education Journal*, 18 (4),193-202. doi: 10.1080/09362835.2010.513924

Verdugo, M., Navas, P., Arias, B. e Gómez, L. (2010). La conducta adaptativa en Personas com Discapacidade Intelectual, *Siglo Cero – Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41 (3), 28-48

Verdugo, M., Navas, P., Gómez, L., e Schalock, R. (2012b). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(11), 1036-1045. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01585.x

Verdugo, M., Navas, P., Urríes, F., Gómez, L., e Arias, B. (2012a). Evaluación de la conducta adaptativa en el contexto español. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois*. (35-52). Cruz Quebrada.

Verdugo, M., Schalock, R., Keith, K., e Stancliffe, R. (2005). Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 707-717. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00739.x

Vilaseca, R., Gràcia, M., Beltran, F., Dalmau, M., Alomar, E., Adam-Alcocer, A. e Simó-Pinatella, D. (2015). Needs and Supports of People with Intellectual Disability and Their Families in Catalonia. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30, 33-46. doi: 10.1111/jar.12215

- Vuijk, P.; Hartman, E.; Scherder, E. e Visscher, C. (2010). Motor Performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*. 54 (part 11): 955-965. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x
- Wang, M., Schalock, R., Verdugo, M. e Jenaro, C. (2010). Examining the Factor Structure and Hierarchical Nature of the Quality of Life Construct. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*.115(3), 218-233. doi: 10.1352/1944-7558-115.3.218
- Wassenberg, R. ; Kessels, A.; Kalff, A.; Hurks, P. ; Jolles, J.; Feron, F. et al., (2005). Relation between cognitive and motor performance in 5- to 6-years-old children: results from a large-scale cross-sectional study. *Child Development*. 76: 1092-1103. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x
- Wehmeyer, M., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Luckasson, R., Verdugo, M., ... Yeager, H. (2008). The intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(4), 311–318. doi:10.1352/1934-9556(2008)46[311:TIDCAI]2.0.CO;2)
- Wehmeyer, M., e Thompson, J. (2016). Intellectual disability and support needs. *American Psychological Association*.
- World Health Organization [WHO] (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th ed.) (ICD-10). Volume 2 Instruction manual.
- Wuang, Y.; Wang, C-C.; Huang, M-H. e Su, C. (2008). Profiles and cognitive predixtors of motor functions among early school-age children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (part 12): 1048-1060. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01096.x
- Xanthopoulos, M., Walega, R., Xiao, R., Prasad, D., Pipan, M., Zemel, B., Berkowitz, R., Magge, S. e Kelly, A. (2017). Caregiver – Reported Quality of Life in Youth With Down Syndrome. *The Journal of Pediatrics*, no prelo
- Zetlin, A. e Morrison, G., (1998). Adaptation through the life span. In Burack, J., Hodapp, R. e Zigler, E. (Eds). *Handbook of Mental retardation and Development* (481-503). USA.
- Zikl, P.; Holoubková, N.; Karásková, H. e Veselíková, T. (2013). Gross Motor Skills of Children with Mild Intellectual Disabilities. *International Journal of Social, Human Science and Engineering*. 7 (10): 3379-3385

Artigo 2: Intervenção Psicomotora como Apoio, no Comportamento Adaptativo e na Qualidade de Vida de um grupo de Adultos com DID

Resumo:

O reconhecimento científico da qualidade de vida (QdV) e comportamento adaptativo implica mudanças na seleção de apoios centrados na pessoa, não se conhecendo nenhum estudo que coloque em prática a relação teórica. Este artigo objetiva analisar qual o contributo da intervenção psicomotora, como apoio, na potencialização do comportamento adaptativo e de uma vida com mais qualidade de adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID) institucionalizados. Para este efeito, 11 participantes, 5 do género feminino e 6 do género masculino, entre os 24 e 45 anos (32.64 ± 6.92), institucionalizados e a frequentarem um centro de atividades ocupacionais na zona da grande Lisboa, foram avaliados em três momentos distintos (baseline, final e retenção), através das versões portuguesas de: Escala de Comportamento Adaptativo, Escala de Intensidade de Apoios, e Escala Pessoal de Resultados. Os resultados iniciais permitiram o desenvolvimento e implementação de um programa psicomotor, durante, 6 meses. Os resultados apontaram para melhorias nas competências adaptativas, diminuição da necessidade de apoios e aumento do índice de qualidade de vida, indiciando o potencial da intervenção psicomotora neste âmbito. A correlação entre os constructos na prática reforça a evidência científica: a QdV está diretamente relacionada com melhor desempenho adaptativo e menor necessidade de apoios.

Palavras-Chave: Intervenção psicomotora, Avaliação, Comportamento Adaptativo, Qualidade de Vida, Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento, Apoios.

Abstract:

The increased scientific recognition of Quality of Life (QOL) and adaptive behavior constructs implies changes in practice aligned with the supports person-centred provision. The alignment between these constructs has been recently proven at theoretical level but it still lacks of practical evidences-based. This article' goal is to analyses the practical relations among measures of all constructs, through the examination how psychomotor therapy, as one of the supports provided, to adults with Intellectual and Developmental Disability (IDD), can contribute for a better adaptive behavior and for a life with more quality. The three Portuguese versions of Adaptive Behavior Scale, Supports Intensity Scale and Personal Outcomes scale were applied to 11 adults with IDD, between 24 and 45 years (32.64 ± 6.92), five females and six males, institutionalized. All participants were assessed in three different moments: before and after intervention, and one month later for the retention assessment. Baseline results allowed the planning and implementation of a 6-month gym psychomotor program, with weekly sessions of 50 minutes. Results showed better adaptive level and positive personal outcomes, as well a reduction of supports needs. Psychomotor therapy may have positive effects on independent functioning level of adults with IDD. Further, results pointed out a positive and moderate correlation between QOL and adaptive behavior but negative and moderate with supports needs.

Keywords: Psychomotor Therapy, Evaluation, Adaptive Behavior; Quality of Life, Intellectual and Developmental Disability, Supports.

Introdução

As organizações têm vindo a adotar abordagens funcionais e multidimensionais do funcionamento humano (Luckasson e Schalock, 2012; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004) da pessoa com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) o que tem exigido um reposicionamento face à provisão de apoios (Buntinx e Schalock, 2010). Acresce a atenção cada vez maior no âmbito da qualidade de vida (QdV) cujos indicadores e resultados devem contribuir decisivamente para a implementação de programas centrados na pessoa e para a monitorização da sua eficácia (Simões e Santos, 2013).

A intervenção psicomotora é um dos apoios prestados às pessoas com DID em contextos institucionais (Ramos, Estevens, Sousa, Gomes e Santos, 2017; Santos, 2017; Valente, Santos e Morato, 2012) baseado no mais recentes paradigmas, e que pretende ser uma resposta efetiva no âmbito do funcionamento psicomotor cuja relevância se concretiza na funcionalidade diária através da proficiência motora necessária à concretização das mais variadas atividades de vida diária (Santos, 2017). A ideia de ser uma resposta às necessidades dos clientes, numa vertente longitudinal e numa perspetiva holística (Fonseca, 2010) parece estar alinhada com os fundamentos do modelo concetual de QdV (Claes, Van Hove, Vandeveld, Van Loon e Schalock, 2010) que preconizam uma vida autodeterminada e participada em pleno contexto social.

A importância da avaliação adaptativa, para além do diagnóstico, tem sido corroborada a nível nacional (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012a; Santos e Morato, 2016) quer no âmbito académico (Santos, 2014), como institucional (Santos e Morato, 2012a), dado o seu foco na qualidade de relação entre a pessoa e as condições envolvimentoais no âmbito da independência pessoal, responsabilidade pessoal e social (Santos e Morato, 2016). A determinação do perfil adaptativo permite a contextualização da pessoa no seu envolvimento (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010) e na sua multidimensionalidade, auxiliando na seleção dos apoios a prestar e no alinhamento entre as características pessoais e as práticas profissionais (Luckasson e Schalock, 2012), com o planeamento de intervenções centrados na pessoa e baseados em objetivos funcionais (Tassé et al., 2012) com impacto nos resultados pessoais (Schalock e Verdugo, 2002), possibilitando, ainda avaliar a eficácia da intervenção (Luckasson e Schalock, 2012). Pitteri (2004) reforça ainda que avaliação vai permitir uma abordagem holística do indivíduo, adaptando assim a técnica a ser utilizada.

As evidências apontam para menores competências ao nível do funcionamento independente, responsabilidade pessoal e social por parte das pessoas com DID, quando comparadas com os seus pares típicos, quer a nível internacional (Balboni et al., 2001; Sadrossadat, Moghaddami e Sadrossadat, 2010; Woolf, Woolf e Oakland, 2010), como nacional (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2007; Santos e Morato, 2012a; Santos e Morato, 2016; Santos et al., 2010), constatando-se trajetórias de desenvolvimento adaptativo diferentes consoante a influência de diversas variáveis. Assim, o nível de desempenho adaptativo parece ir complexificando com a idade (Grossman, 1983; Loveland e Kelley, 1988; Makary et al., 2015; Prasher, Chung e Haque, 1998; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b; Verdugo, Navas, Arias e Gómez, 2010) focando-se, numa primeira fase, no desenvolvimento sensoriomotor e da comunicação/linguagem para, progressivamente, se ir exigindo outro tipo de aquisições mais abstratas com a resolução de problemas e tomada de decisões para o assumir a responsabilidade pessoal e social, enquanto cidadão adulto e ativo (Grossman, 1983). O nível de severidade (Harris, 2006; Nihira, 1999; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a) e a existência de duplo diagnóstico (Matson e Laud, 2007) e os ambientes institucionalizados (Lerman, Apgar e Jordan, 2005; Stancliffe, Hayden, Larson e Lakin, 2002), entre outros, também parecem influenciar perfis adaptativos de menor qualidade.

De uma forma geral, as pessoas com DID tem uma prestação inferior nas tarefas de funcionamento independente com dificuldades ao nível da mobilidade, higiene, alimentação, saúde e segurança, vestuário, entre outros (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012a), com tendência para dificuldades ao nível dos fatores psicomotores, destacando-se as limitações na tonicidade e equilíbrio (Lathinen, Rintala e Malin, 2007), controlo motor, na estruturação espaciotemporal (Barnhill e Kartheiser, 2007; Santos e Morato, 2007), e praxias (destreza manual e coordenação oculopodal - Barnhill e Kartheiser, 2007; Carmeli, Bar-Yossef, Ariav, Levy e Liebermann, 2008; Santos e Morato, 2008; Shinkfield, Sparrow e Day, 1997; Zikl, Holoubková, Karásková e Vesilíková, 2013). A necessidade de mais tempo para a tarefa (Woolf et al., 2010) e a menor precisão motora (Barnhill e Kartheiser, 2007; Zikl et al., 2013) parecem ser características da DID. Ribeiro e Santos (2018) e depois da implementação de um programa de intervenção psicomotora constataram melhorias ao nível dos itens que envolviam destreza manual, equilíbrio e marcha controlada, coordenação oculo-manual (e.g.: drible) e força (flexões e abdominais).

As limitações psicomotoras e cognitivas (e.g.: funções executivas, raciocínio abstrato e processamento de informação, dificuldades em manter-se atento e concentrado, etc. - Smits-Engelsman e Hill, 2012;), inerentes ao diagnóstico de DID, condicionam a

capacidade de aprendizagem académica, com as pessoas com DID a tender para dificuldades na escrita e leitura (Antunes e Santos, 2015; Wuang, Wuang, Wang, Huang e Su, 2008) e na compreensão da matemática e de instruções mais complexas, com repercussões ao nível dos *números e tempo* e todas as tarefas que envolvam *atividade económica*, o que associadas às dificuldades de generalização restringem a participação social (Antunes e Santos, 2015; Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012a). O domínio da linguagem (expressiva e recetiva) também se encontra comprometido, necessitando de mais apoios e/ou métodos alternativos (Antunes e Santos, 2015; Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012a), verificando-se dificuldades nos domínios de *atividade doméstica* e *profissional* decorrentes da superproteção e das escassas oportunidades para o seu treino, bem como da atual desvalorização das suas capacidades e produtividade, e da conceção estigmatizante que serão “eternas crianças” das pessoas com DID (Antunes e Santos, 2015; Santos e Morato, 2012a; Sartawi, AlMuhairy e Adbat, 2011).

A baixa tolerância à frustração, as dificuldades na leitura da expressão facial e na compreensão das regras sociais, as limitações na regulação comportamental, a tendência para a passividade e pouca iniciativa, a falta de responsabilidade, a reduzida rede de amizades e os comportamentos desafiantes (e.g.: agressivos e autoabusivos) e desajustados (e.g.: comportamentos sexuais) habitualmente exibidos conduzem a menores desempenhos sociais (Antunes e Santos, 2015; Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; 2012a; Silva, Veríssimo, Carneiro, Felix e Santos, 2018).

Na sequência de alguns estudos a nível nacional (Antunes e Santos, 2015; Júnior e Afonso e Santos, 2017) constata-se a tendência para efeitos positivos ao nível da aquisição e da qualidade de desempenho adaptativo por parte de adultos com DID ao beneficiar do apoio de intervenção psicomotora, mesmo se apenas observadas a nível qualitativo (Leitão e Santos, 2017), especialmente se corroboradas pelo transfer para a vida prática (Santos, 2017).

Mas a identificação apenas do perfil adaptativo e intelectual, inerente ao diagnóstico de DID são insuficientes para a compreensão do funcionamento da pessoa (Buntinx e Schalock, 2010), devendo os prestadores de cuidados complementar a avaliação de outras dimensões (Schalock et al., 2010). Thompson e colaboradores (2004) recordam que o número e complexidade de contextos e atividades de vida diária, entre outros fatores, podem influenciar a qualidade de desempenho diário e na comunidade, pelo que também se deverá equacionar a avaliação dos apoios, minimizando a extensão das dificuldades das pessoas (Harries, Guscia, Nettelbeck e Kirby, 2009).

Estes dois constructos – CA e apoios, apesar de diferentes (Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck e Taplin, 2005; Harries et al., 2009; Thompson et al., 2004) parecem estar inversamente correlacionados (Chou, Lee, Chang, e Yu, 2013; Claes, Hove, Loon, Vandeveld e Schalock, 2009; Gonçalves e Santos, 2016; Guscia, Harries, Kirby, Nettelbeck e Taplin, 2006; Lamoureux-Hébert e Morin, 2009; Simões, Santos, Biscaia e Thompson, 2016b; Thompson et al., 2002; Verdugo, Arias, Ibáñez e Schalock, 2010), apesar da ainda escassez de estudos (Gonçalves e Santos, 2016; Harries et al., 2005; Thompson et al., 2002).

Gonçalves e Santos (2016) também encontraram valores de correlação significativos e negativos ($-.42 > r < -.85$), i.e.: pessoas com DID com melhores níveis de desempenho adaptativo, necessitam de menos apoios, destacando os valores mais elevados entre os itens de “*atividades de vida diária*” (escala da intensidade de apoios - EIA) e os domínios adaptativos de “*autonomia*” (.84) e “*atividade doméstica*” (.85), apesar da correlação elevada com os restantes domínios adaptativos. Os valores mais baixos foram observados ao nível dos itens inerentes à *atividade profissional* de ambos os instrumentos, com todos os outros domínios e secções a apresentar valores superiores a .71 (Gonçalves e Santos, 2016), corroborando a tendência internacional (Claes et al., 2009; Harries et al., 2005).

A atividade profissional dos diferentes prestadores de cuidados formais, onde se incluem os psicomotricistas, tem vindo a adaptar-se à evolução concetual e científica, baseando, atualmente, a sua ação na premissa de que os clientes devem ter uma voz ativa na seleção e priorização dos apoios que necessitam, readaptando-se os planeamentos, agora centrados na pessoa, e na valorização que esta dá às vivências. Desta forma, parece essencial o alinhamento entre os constructos de CA, apoios e resultados pessoais (Schalock e Verdugo, 2012). A nível nacional, e apesar da inexistência de estudos que analisem a relação entre estes constructos a nível da prática profissional, as evidências (Simões et al., 2016b) apontam para correlações moderadas entre os domínios adaptativos e os da qualidade de vida, avaliados pela Escala Pessoal de Resultados (EPR), destacando os valores mais baixos dos domínios da *Personalidade* e da *Responsabilidade* (da ECAP) com a QdV apesar da relação ser significativa e positiva (Claes, Van Hove, Vandeveld, Van Loon, e Schalock, 2012; Rey, Extremera, Duran, e Ortiz-Tallo 2013). O CA parece ser um dos preditores de maior peso na vivência de uma vida com qualidade, explicando cerca de 25% da variância total do constructo de QdV (Simões e Santos, 2016b).

Na análise da relação entre as necessidades de apoio e os domínios da QdV, e apesar do valor preditivo inferior dos apoios (entre 9% a 12%), verificam-se valores de

correlação moderados especialmente com as secções dedicadas às *Atividades de Vida Doméstica* e *Vida Comunitária* (Simões e Santos, 2018; Simões et al., 2016b). As secções da EIA não obtiveram indícios fortes de correlação com o *Bem-Estar Emocional, Físico e Material* (Simões e Santos, 2018; Simões et al., 2016b) e esta situação pode ser explicada pela sua eventual relação mais forte com a dicotomia “apoios necessários vs. apoios recebidos” do que com a identificação da necessidade de apoios (Schalock e Verdugo, 2002). O domínio do *Desenvolvimento Pessoal* (da EPR) foi o que obteve correlações mais fortes com os domínios adaptativos e necessidades de apoio (Simões et al., 2016b) tal como expectável (Claes et al., 2010; Schalock e Verdugo, 2002; Van Loon, Van Hove, Schalock e Claes, 2008; 2009).

De uma forma geral, os adultos com DID parecem reportar maior satisfação com a sua vida e com o tipo de atividades (ocupacionais) que desempenham, do que os seus prestadores de cuidados que apontam a falta de remuneração (Saviani-Zeoti e Petean, 2008). Esta tendência para uma maior satisfação geral por parte de adultos com DID foi também reportada por Simões e Santos (2016) em todos os domínios, apesar dos técnicos tenderem para respostas mais positivas e os pais para respostas menos positivas no *bem-estar físico*. Comparativamente aos seus pares típicos, os adultos com DID parecem deter um menor índice de QdV exceção no *bem-estar físico* e *emocional* (Simões e Santos, 2016b). Esta situação volta a ocorrer com adultos com DID com necessidades de apoio significativas, destacando-se como resultados inferiores os domínios *desenvolvimento pessoal*, *bem-estar material*, *autodeterminação*, bem como o índice global de QdV (Ribeiro et al., 2017).

Resumindo, apesar da avaliação do CA e dos apoios incidirem sobre constructos diferentes, ambos focam-se no desempenho típico ao nível da funcionalidade diária (Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009; Whemeyer et al., 2008) assumindo um papel relevante no planeamento das intervenções e na prestação dos serviços mediadores (Thompson et al., 2004; Weiss, Lunskey, Tassé, e Durbin, 2009) com impacto positivo nos resultados pessoais e numa vida com mais qualidade (Van Loon, Claes, Vandeveld, Van Hove, e Schalock, 2010).

O reconhecimento científico da relação entre os três constructos implica mudança nas práticas, exigindo maior conhecimento sobre os desafios diários que as pessoas com DID experienciam no seu dia-a-dia e respostas efetivas e vencedoras em pleno contexto ecológico, para uma vida adulta com qualidade, funcional e em contexto social. Baseado na investigação que correlaciona CA e apoios (Claes et al., 2009; Harries et al., 2005; Simões e Santos, 2018; Thompson et al., 2004; Verdugo et al., 2010), CA e QdV (Nota, Ferrari, Soresi, e Wehmeyer, 2007; Rey et al., 2013) e QdV e necessidades

de apoios (Chou et al., 2013; Claes et al., 2012; Nota et al., 2007), e depois de a nível nacional Simões e colaboradores (2016b) terem corroborado as relações significativas entre os mesmos, constata-se a necessidade de uma melhor compreensão prática do alinhamento destes três constructos.

Além disso, outras das tendências a nível nacional passa pela necessidade de avaliação e monitorização das intervenções e dos apoios prestados às pessoas com DID, tendo-se verificado nos últimos anos alguma atenção especial dedicada à área da intervenção psicomotora (Santos, 2007) e à análise do seu potencial contributo nas competências de proeficiência motora (Antunes e Santos, 2015; Ribeiro e Santos, 2018), comportamento adaptativo e qualidade de vida (Antunes e Santos, 2015; Jardim e Santos, 2016; Júnior et al., 2016; Ramos et al., 2017). Os resultados obtidos têm direcionado para a existência de algumas melhorias significativas, mais ao nível de alguns itens do que domínios, propriamente ditos, que parecem corroborar a eficácia deste apoio. Desta forma, o objetivo deste estudo é perceber qual o contributo da intervenção psicomotora pode deter, como apoio, na potencialização do CA e para uma vida com mais qualidade de adultos com DID institucionalizados, bem como analisar a relação existente entre os três constructos a nível prático. As perguntas que queremos responder passam por: a intervenção psicomotora atuando como um apoio, oferecido a nível institucional, contribui para a estimulação adaptativa? E o aumento do CA traduz-se em índices de QdV maiores? E menores índices de necessidades de apoios? Como se relacionam os três constructos – comportamento adaptativo, apoios e qualidade de vida, na prática?

Método

Amostra

O grupo de estudo, foi constituído por 11 participantes, entre os 24 e os 45 anos (32.64 ± 6.92), 5 do género feminino e 6 do género masculino com diagnóstico médico no processo clínico de DID, a frequentar o Centro de Atividades Ocupacionais, em regime de institucionalização de uma instituição da Grande Lisboa. A seleção de participantes neste estudo, baseou-se nos critérios estabelecidos inicialmente, tendo sido apenas considerados clientes com diagnóstico de DID, com marcha autónoma (e que não se deslocassem de cadeira de rodas), com capacidade de compreensão e de resposta para o preenchimento de um dos instrumentos aplicados. Os participantes foram, posteriormente, divididos em dois grupos de intervenção, com base no seu perfil adaptativo: o primeiro grupo foi composto por 5 participantes, 2 do género masculino e 3 do género feminino, entre os 27 e os 34 anos ($30,80 \pm 2,86$) com características menos

funcionais, e o segundo grupo composto por 6 participantes, 4 do género masculino e 2 do género feminino, entre os 24 e os 45 anos ($34,17 \pm 9,11$), e com um perfil de maior funcionalidade. Ambos os grupos de intervenção beneficiavam já de intervenção psicomotora em contexto de ginásio, tendo mantido, ainda, todos os apoios que constavam no seu plano individual. Todos os participantes frequentam a instituição há pelo menos 3 anos e todos vivem em casa com os pais, exceção um dos clientes que apenas vai a casa aos fins-de-semana. As duas técnicas que responderam à parte do relato de terceiros eram ambas psicomotricistas, e do género feminino, com 26 e 35 anos, e conheciam todos clientes há pelo menos 2 anos e em variados contextos.

Instrumentos

Escala de Comportamento Adaptativo versão Português

A versão Portuguesa da escala de comportamento adaptativo (ECAP), traduzida e adaptada da original norte-americana (Lambert, Nihira e Leland, 1993) avalia a capacidade de adaptação da pessoa com DID institucionalizada (e sem DID) entre os 6 e os 60 anos, ao envolvimento onde se insere, a nível nacional, permitindo a identificação das áreas fortes e das áreas que carecem maior estimulação e contribuindo para o planeamento de intervenções mais centradas nas características adaptativas dos avaliados (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2004; Santos e Morato, 2012c; Santos e Morato, 2012d; Santos, Morato e Luckasson, 2014).

A ECAP, tal como a versão na qual se baseia, é de carácter multidimensional, i.e.: constituída por vários domínios, que se organizam em duas partes distintas: a primeira centra-se nas competências adaptativas exigidas na vida diária e na comunidade no âmbito da funcionalidade e responsabilidade e envolve 10 domínios: *autonomia, desenvolvimento físico, atividade económica, desenvolvimento da linguagem, noções de número e de tempo, atividades domésticas, atividades pré-profissionais, personalidade, responsabilidade e socialização* (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2004; Santos e Morato, 2012c,d; Santos et al., 2014). Os itens são cotados ou assinalando o nível mais elevado da competência que o indivíduo consegue fazer ou de forma dicotómica (Sim/Não) correspondendo a 1 ou 0 pontos. A pontuação bruta de cada domínio resulta da soma das pontuações de cada item constituinte (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2004; Santos e Morato, 2012c, d; Santos et al., 2014). A segunda parte avalia os comportamentos desajustados, pela sua frequência diária (nunca=0 pontos, ocasionalmente=1 ponto e frequentemente=2 pontos) dada a sua influência na participação social e nas relações interpessoais: *comportamento social, conformidade, merecedor de confiança, comportamento estereotipado e hiperativo,*

comportamento sexual, comportamento auto-abusivo, ajustamento social e comportamento interpessoal com perturbações (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2004; Santos e Morato, 2012c,d; Santos et al., 2014).

Para além da análise por item ou por domínio, a ECAP permite ainda a avaliação pelos resultados obtidos em 5 fatores: autossuficiência pessoal, autossuficiência e na comunidade, responsabilidade pessoal e social, ajustamento social e ajustamento pessoal (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2004; Santos e Morato, 2012c, d; Santos et al., 2014). Os autores relembram que a aplicação do instrumento deve ser feita, preferencialmente, por observação direta ou por entrevista a um respondente que conheça bem a pessoa a ser avaliada em diferentes contextos.

As propriedades psicométricas da ECAP foram analisadas por Santos e colaboradores (2014) que comprovaram: a validade de conteúdo através do acordo entre peritos sobre a relevância dos itens constituintes da escala, tendo havido a necessidade de reformulação de alguns para melhor compreensão do que se pretendia; analisaram a fiabilidade através dos valores de consistência interna pelo alpha de Cronbach que obteve valores superiores a .79 (domínio Comportamento Auto-abusivo) e da análise da estabilidade temporal pelo cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson entre duas aplicações da escala com um intervalo de 2 semanas, que variaram entre .40 e .80 na primeira parte, sendo inferiores a .51 na segunda parte; finalmente, a validade de constructo foi avaliada pelos valores (moderados e fortes) de correlação de Pearson - sendo que os domínios relativos aos desajustamentos indicaram correlações moderadas e negativas, e pela análise fatorial exploratória que indicou a existência de 3 fatores na primeira parte, e que parece ir ao encontro do modelo tripartido atual (Tassé et al., 2012). Além disso, a ECAP diferenciou as competências adaptativas entre pessoas com e sem DID (Santos et al., 2014).

Escala de Intensidade de Apoios

A versão portuguesa da Escala de Intensidade de Apoios (EIA - Santos et al., 2008; 2009) resulta da tradução e adaptação da original *Supports Intensity Scale* (Thompson et al., 2004) e objetiva estabelecer o perfil de necessidade de apoios das pessoas com DID, com mais de 16 anos, com base no tipo, frequência e tempo diário desses apoios. A EIA é formada por três secções (Lopes-dos-Santos et al., *no prelo*; Santos et al., 2008, 2009; Thompson et al., 2004, 2009): 1) a Escala de Intensidade de Apoios constituída por 6 subescalas: atividades da vida diária (8 itens); atividades da vida comunitária (8 itens); atividades de aprendizagem ao longo da vida (9 itens); atividades profissionais (8 itens); atividades de saúde e segurança (8 itens); atividades sociais (8 itens); 2)

Escala suplementar de Proteção e Representação com 8 itens relativos a questões de proteção e autorrepresentação (não entra para o índice de necessidades de apoio da EIA – Harries et al., 2005; Thompson et al., 2004); e 3) a secção dedicada às Necessidades excepcionais de apoio médico (15 itens) e comportamental (13 itens).

A cotação dos itens das duas primeiras secções é feita com base na identificação do tipo de apoio (variando entre 0=sem apoio a 4=ajuda física completa), frequência (variando entre 0=nunca ou menos que mensalmente e 4=uma vez por hora ou mais frequente), e tempo diário desse apoio (que varia entre 0=nenhum e 4=4h ou mais). A cotação dos itens da última secção varia entre 0=não necessita de apoio, 1=necessita de algum apoio, e 2=elevada necessidade e apoio (Lopes-dos-Santos et al., *no prelo*; Santos et al., 2008, 2009; Thompson et al., 2004, 2009; Weiss et al., 2009).

A versão portuguesa demonstrou um elevado nível de consistência interna, com os valores alpha de Cronbach a variar entre .92 e .96, estando provada a sua validade de constructo com valores de correlação de Pearson entre .72 e .87 ao nível da primeira secção, o que parece sugere que é um instrumento de avaliação fiável e válido para medir as necessidades de apoio de indivíduos com DID (Lopes et al., *no prelo*; Simões et al., 2016b).

Escala Pessoal de Resultados

A escala utilizada para a avaliação da qualidade de vida e dos resultados pessoais foi a Escala Pessoal de Resultados (EPR), a única escala validada a nível nacional para adultos, entre os 18 e os 66 anos, com DID “ligeira e moderada” (Simões, Santos, Claes, van Loon e Schalock, 2017) e que resultou da tradução e adaptação da original *Personal Outcomes Scale* (Van Loon et al., 2008; Van Loon et al., 2009). A EPR contextualiza-se no modelo concetual de Schalock e Verdugo (2002) e é constituída por 8 domínios: *Desenvolvimento Pessoal, Autodeterminação, Relações Interpessoais, Inclusão Social, Direitos, Bem-estar Emocional, Bem-estar Físico, Bem-estar Material*, distribuídos por três fatores: Independência Pessoal, Participação Social e Bem-estar.

A EPR encontra-se dividida em duas secções, cada uma com 40 questões idênticas e distribuídas pelos oito domínios: uma primeira de autorrelato, na qual os itens são respondidos pelo próprio indivíduo com DID, e a segunda parte que deve ser respondida pelo tutor legal/prestador de cuidados que conheçam bem o avaliado há pelo menos dois anos (Simões e Santos, 2016; Simões et al., 2017). Todos os itens são cotados com três opções de resposta que variam consoante as perguntas (e.g.: sozinho, com ajuda, não consigo fazer sozinho; muitos, alguns, poucos ou nenhuns; frequentemente,

às vezes, nunca; sim, depende e não) (Simões, Santos e Biscaia, 2016a; Simões et al., 2016b).

As propriedades psicométricas da EPR foram analisadas, confirmando-se a validade de conteúdo pela concordância entre os peritos através do cálculo de diversos índices que apontaram a relevância de todos os itens, apesar da necessidade de reformulação de 14 itens para uma maior clarificação e compreensão (Simões e Santos, 2014). A consistência interna foi também examinada recorrendo-se a diferentes técnicas cujos valores variaram entre .75 e .91, corroborando um nível de consistência de aceitável a muito bom, respetivamente (Simões et al., 2016a; Simões et al., 2017), bem como ao estudo da estabilidade temporal através da técnica do teste-reteste que revelou um grau de correlação elevado entre as duas aplicações (Simões, Santos e Claes, 2015). Para o estudo da validade concorrente foi ainda aplicada a escala abreviada da OMS, obtendo-se valores de correlação que variaram entre .14 e .49 (Simões et al., 2015) que mais tarde foi corroborada pelos valores da variância média extraída (Simões et al., 2016a; Simões et al., 2017), sendo que a validade divergente foi confirmada pelos valores da fiabilidade compósita ($>.70$, Simões et al., 2016a). As correlações moderadas (.41) e elevadas (.72) entre os diferentes domínios da escala e entre estes e o valor total da escala, corroborados pela análise fatorial exploratória e confirmatória confirmaram a multidimensionalidade do constructo e a (Simões e Santos, 2014; Simões et al., 2016a; Simões et al., 2017) e a validação do modelo concetual.

Procedimentos

No decorrer de toda a investigação foram assegurados todos os procedimentos éticos, inerentes à mesma, tendo-se iniciado com um pedido de autorização à instituição para se concretizar o projeto nas suas instalações. Após esta primeira autorização, foi entregue um consentimento informado a todos os participantes e respetivos familiares responsáveis, com a clarificação do objetivo do estudo, a breve descrição das várias etapas e procedimentos, garantindo-se a confidencialidade e anonimato dos dados dos participantes, bem como a inexistência de riscos para a saúde e integridade física dos mesmos. Foi previamente esclarecido a todos os indivíduos e respetivos representantes legais a sua participação voluntária e que poderiam desistir a qualquer momento da investigação.

Após a obtenção das respetivas autorizações para a participação na investigação, procedeu-se às avaliações, com a aplicação dos três instrumentos em três momentos diferentes: duas avaliações antes do início da aplicação do programa de intervenção para o estabelecimento da *baseline*, a avaliação no final da intervenção, e avaliação de

retenção um mês após o final da intervenção. A aplicação das escalas decorreu da seguinte forma: a ECAP e a EIA foram aplicadas, nos vários momentos, ao mesmo respondente sob a forma de entrevista, em horário e local acordado entre a investigadora principal e o próprio, tendo cada aplicação demorado cerca de 45 minutos para cada escala; e a EPR foi aplicada na sua dupla vertente: autorrelato e relato de terceiros sob a forma de entrevista onde a investigadora principal lia em voz alta as questões, clarificando-as sempre que necessário e cotando os itens de acordo com as respostas de cada participante.

O tratamento dos dados estatísticos foi realizado através do software *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS), na versão 23.

Programa de Intervenção Psicomotora

Para a planificação do programa a implementar foram consideradas não só as respostas que permitiram estabelecer o perfil adaptativo de cada participantes, tendo-se dedicado especial atenção à identificação dos objetivos (tabela 1) e experiências de vida desejadas pelos participantes (e.g.: melhorar o equilíbrio, autonomia nas atividades de vida diária, questões económicas e de gestão do seu dinheiro, competências profissionais), nas mais diferentes áreas de apoio, com a determinação do nível de intensidade de apoios necessários para a concretização das atividades que os próprios valorizaram como sendo as mais prioritárias e úteis (Thompson et al., 2004). Este modelo parece ir ao encontro do modelo psicomotor (Fonseca, 2010) cujo plano implica a descrição das áreas e contextos de atuação, estratégias, periodicidade e frequência das sessões, entre outros. A recolha de informação, possibilitou então o desenvolvimento de um programa de intervenção psicomotora que apesar de grupal, pressupunha um trabalho individualizado e ajustado a cada um. Esta intervenção contou com a colaboração da equipa técnica da instituição, numa tentativa de complementaridade entre os outros apoios e serviços disponibilizados pela instituição para a consecução dos objetivos já estabelecidos e expressos nos respetivos planos de vida individuais. Baseados nos resultados obtidos realizou-se o planeamento do programa de intervenção em contexto de ginásio. O programa implementado teve a duração de 6 meses, tendo sido iniciado em janeiro de 2018 e terminado em junho de 2018, com sessões-tipo (tabela 2) de 50 minutos semanais e que englobavam os seguintes momentos:

- Atividade de ativação geral – este momento da sessão inicia-se com um diálogo entre terapeuta e clientes, posteriormente, são realizados movimentos de mobilidade articular e de ativação do sistema musculoesquelético, com uma duração

de cerca de 10 minutos, sendo estas atividades diferentes em todas as sessões e propostas pela terapeuta, assim como novos movimentos propostos pelos clientes;

- **Desenvolvimento** – com uma duração de 30 minutos, este momento consiste em atividades que vão de encontro os objetivos delineados para o grupo de clientes, onde se pretende desenvolver competências relacionadas com o seu comportamento adaptativo, potenciar as suas competências sociais e cognitivas, melhorando a sua qualidade de vida e promovendo as suas capacidades;
- **Retorno à calma** – com uma duração de 10 minutos, onde se pretendia trabalhar o relaxamento do tónus muscular dos clientes, promovendo a diminuição da sua hipertonia. No final deste momento era realizado um pequeno diálogo final com o objetivo de fazer a rechamada de momentos da sessão, e consciencialização dos mesmos.

Tabela 1 - Objetivos específicos das ECAP, EIA e EPR

		Domínios	Objetivo Específico
ECAP		Autonomia	1. Promover uma maior autonomia, através da diminuição dos apoios prestados nas atividades.
		Desenvolvimento Físico	1. Promover e melhorar o equilíbrio dinâmico e estático; 2. Melhorar a tonicidade, marcha e corrida; 3. Promover a lateralidade, noção corporal; 4. Promover a coordenação óculo-manual e a coordenação óculopodal.
		Desenvolvimento da Linguagem	1. Promover a utilização de frases complexas e do questionamento ao longo das sessões; 2. Promover a utilização de um discurso correto e no tom de voz adequado; 3. Melhorar a compreensão de instruções verbais que envolvam uma série de passos.
		Desenvolvimento da noção de Número/Tempo	1. Conseguir contar até 10 em voz alta 2. Melhorar a compreensão de intervalos de tempo; 3. Melhorar a relação das horas com eventos do seu dia-a-dia (e.g. horas de uma determinada tarefa); Melhorar a noção do dia atual.
		Desenvolvimento da Personalidade	1. Promover a iniciativa nas atividades; 2. Promover a motivação nas atividades sem reforço constante; 3. Melhorar a manutenção da atenção na explicação e na realização da atividade; 4. Promover a diminuição da passividade ao longo das sessões.

Tabela 1 (continuação)- Objetivos específicos das ECAP, EIA e EPR

Domínios		Objetivo Específico
ECAP	Desenvolvimento da Socialização	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melhorar a cooperação com o grupo, durante as atividades; 2. Promover a interação adequada com o restante grupo; 3. Melhorar a participação nas atividades de grupo; 4. Esperar pela sua vez; 5. Promover um comportamento adequado a cada situação. 6. Melhorar a tolerância à frustração; 7. Melhorar a relação com os restantes elementos do grupo, não maltratando, não gritando e não implicando; <p>Promover diminuição da linguagem agressiva com os outros</p>
	Autodeterminação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover e melhorar a capacidade de escolhas e tomada de decisões
EPR	Relações interpessoais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melhorar a interação com os restantes colegas e técnicos; 2. Promover e melhorar a participação nas atividades.
	Bem-Estar Físico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover a prática de atividade física, e melhorar a sua saúde e condição física.
EIA	Atividades de Aprendizagem ao longo da vida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melhorar a interação com os outros em atividades de aprendizagem; 2. Promover aprendizagem a utilizar estratégias de resolução de problemas; 3. Promover aquisição das aprendizagens funcionais.
	Atividades Profissionais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melhorar a interação com colegas e técnico; 2. Melhorar a realização das tarefas a um ritmo aceitável.
	Atividades Sociais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover a utilização de competências sociais apropriadas.

Em todas as sessões foram utilizadas como estratégias a rotina sequencial para a familiarização com a sessão, instrução verbal simples, reforço positivo, demonstração e feedback, complexificação progressiva e contextualizada, num ambiente que se pretende de confiança e contentor, associado ao lúdico para a motivação, tentando promover a reflexão da vivência e o transfer das aquisições para a vida diária. Além disso, procuraram-se identificar apoios que pudessem ir substituindo a intervenção (física, verbal ou gestual) do técnico, para outros mais naturais e que fossem ajudando à autonomia dos participantes. Os conteúdos praticados ao longo do programa de intervenção psicomotora abordaram vários domínios e/ou competências adaptativas.

Tabela 2 - Sessão-tipo do programa de intervenção psicomotora em contexto de ginásio

Programa de Intervenção Psicomotora em Contexto de Ginásio					
N ° Clientes: 11		Periodicidade: 1x por semana		Local: Ginásio do CAO	
Duração: 50 minutos		Data: junho 2018		Orientação da Sessão: Mariana Freitas	
Atividade	Tempo	Material	Objetivos		Descrição da Atividade
Ativação Geral	Diálogo inicial	5'	-----	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver capacidade de esperar pela sua vez; Desenvolver a capacidade de escuta; Desenvolver competências sociais; Desenvolver a capacidade de rechamada da informação; Desenvolver a memória de trabalho. 	Os clientes são chamados um a um pelo seu nome, assinalando a sua presença na sessão. É pedido a um dos clientes de forma aleatória, que refira quais os colegas que faltam, caso se aplique. A terapeuta questiona pelas as atividades que foram realizadas na sessão anterior.
	Atividades de mobilidade articular	10'	Música	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a capacidade articular. 	Ao som da música os clientes devem imitar os movimentos que são realizados pela terapeuta, sendo que ao pedido da mesma cada, e de forma aleatória, cada cliente adiciona um novo momento que o restante grupo deve imitar.
Desenvolvimento	Circuito de Equilíbrio	10'	Pegadas em feltro para colocar no chão; banco sueco; arcos; pinos; balões	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver e melhorar a noção corporal; Melhorar a estruturação espacial; Desenvolver a motricidade global; Desenvolver e melhorar o comportamento adaptativo (e.g. comportamento social, socialização; desenvolvimento físico); Desenvolver a cooperação entre pares/grupo; Desenvolver o equilíbrio dinâmico; Desenvolver a memória de trabalho. 	Com o circuito montado, a técnica começa por explicar como o devem realizar, enquanto o grupo observa, passando posteriormente à sua realização. (1º Pegadas – os clientes terão de passar por cima de cada pegada de diferentes maneiras, e.g. pé esquerdo, pé direito, pés juntos, pé coxinho, conseguindo distinguir qual o pé que tem de colocar em cada pegada. 2º Banco sueco – os clientes terão de subir e passar por cima do banco sueco, colocando um pé à frente do outro e não de lado. 3º Pinos – os clientes terão de contornar o percurso de pinos em zigzag. 4º Arcos – os clientes terão de saltar a pés juntos para dentro dos arcos). Se o circuito estiver demasiado fácil, será repetido em pares, com as devidas adaptações. O grupo é dividido em dois pequenos grupos e os circuitos são realizados em simultâneo.
	Agente o balão	10'	Cadeiras; balões	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver e melhorar a noção corporal; Desenvolver a cooperação entre pares e grupo; Desenvolver o equilíbrio dinâmico. 	Com o grupo dividido em pares, que foram definidos no final da atividade anterior, cada par terá um balão (ou bola se for muito difícil com o balão) e terão de conseguir transportar o balão, sem o deixar cair, e sem utilizarem as mãos, tendo de usar assim as diferentes partes do corpo (e.g. com as costas, com os braços, com a barriga, com a cabeça, etc.), tendo que como principal objetivo conseguirem colocar o balão na cadeira que se encontra do outro lado do ginásio mais rapidamente que os outros grupos.

Tabela 2 (cont.) - Sessão-tipo do programa de intervenção psicomotora em contexto de ginásio

Retorno à Calma	Relaxação	10'	Colchões; Bolas pequenas	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver a capacidade de retorno à calma; • Desenvolver a capacidade de controlo da respiração; • Desenvolver a capacidade de relaxamento dos músculos e do seu estado tónico. 	Com o grupo dividido em pares, cada par terá uma bola e um colchão. Um dos elementos do par estará deitado em decúbito ventral, enquanto o outro elemento faz rolar a bola pelo corpo, aplicando sempre alguma pressão. Posteriormente o cliente que se encontra deitado troca de posição para decúbito dorsal e a atividade repete-se. À ordem da terapeuta, os clientes trocam de papéis e repetem a atividade.
	Diálogo final	5'	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver a capacidade de rechamada da informação; • Desenvolver a capacidade de escuta; • Desenvolver a capacidade de esperar pela sua vez; • Desenvolver competências sociais; • Desenvolver a capacidade de autoavaliação; • Desenvolver a memória de trabalho. 	A terapeuta questiona os clientes quanto à atividade que mais lhe agradou e pede para que descreva essa mesma atividade. É também pedido a cada um dos clientes do grupo que refira quais as atividades em que sentiu mais dificuldade.

Após cada sessão eram registados progressos/dificuldades para que o planeamento da sessão seguinte fosse ajustado e adequado. Os apoios foram sempre adaptados em função de cada participante e não do diagnóstico, flexibilizados ao longo da intervenção, considerando a importância que cada participante dava aos diferentes domínios, com uma revisão diária das atividades, procedimentos, estratégias e apoios a implementar e contando com a avaliação multifatorial da pessoa no seu contexto (Thompson et al., 2002; 2004). A reavaliação do progresso individual, bem como a eficácia das estratégias e do próprio programa (Fonseca, 2010) foi realizado de forma mais formal no término do programa, apesar da avaliação de carácter mais qualitativo no final de cada sessão.

Apresentação dos resultados

A apresentação dos dados obtidos com a aplicação dos três instrumentos de avaliação e nos três momentos distintos será feita ao nível da estatística descritiva – com a apresentação dos valores médios e desvios-padrão nos domínios e nos totais para cada escala (tabelas 3, 4 e 5), para em seguida se apresentarem os valores decorrentes quer da comparação entre os dois grupos, quer da comparação intra-grupo ao longo do tempo (tabelas 6, 7 e 8): antes da intervenção com a aplicação duas vezes das escalas para o estabelecimento do perfil baseline, no fim da intervenção psicomotora e um mês depois para a análise da retenção das aquisições. Dada a amostra reduzida do estudo ($N < 30$, Marôco, 2014) optou-se pelas técnicas não-paramétricas de Kruskal-Wallis para a comparação inter-grupos e da técnica de Wilcoxon para a comparação do desempenho intra-grupo ao longo do tempo, procurando averiguar a existência (ou não) de diferenças significativas, indiciadoras de melhorias e do efeito positivo da intervenção psicomotora. Finalmente, foi ainda analisada a correlação entre os resultados adaptativos, necessidade de apoios e qualidade de vida (tabela 9).

Tabela 3 - Valores de estatística descritiva com a avaliação pela ECAP

Domínios Parte I ECAP	Grupo 1			Grupo 2		
	AvB	AvF	AvR	AvB	AvF	AvR
Autonomia	92.4±8.26	94.4±8.97	93.0±8.52	102.8±5.2	103.8±6.2	103.3±5.9
Desenvolvimento Físico	34.6±2.07	36.6±1.14	35.8±1.64	37.0±1.26	37.5±0.84	35.0±5.0
Atividade Económica	6.00±0.0	6.0±0.0	6.0±0.0	7.0±2.0	7.33±2.81	7.2±2.4
Des. Linguagem	33.8±5.85	34.4±5.5	34.0±5.96	33.5±9.44	34.17±9.1	33.83±9.4
Números/Tempo	9.6±1.34	9.6±1.34	9.2±1.79	13.0±4.52	13.0±4.52	13.0±4.52
Atividade Doméstica	10.4±2.88	11.2±2.28	10.8±2.34	10.5±2.26	10.67±1.2	10.5±2.26
Atividade Pré-Profissional	6.4±5.55	6.6±0.89	6.4±.55	8.0±1.67	7.83±1.72	1.83±1.72
Personalidade	17.6±2.51	18.4±1.95	18.0±2.45	20.5±0.84	20.5±0.84	20.5±.84
Responsabilidade	10.2±1.10	10.6±0.55	10.6±.55	10.83±0.4	10.83±0.4	10.83±.41
Socialização	25.2±0.45	25.2±0.45	25.2±.45	24.33±1.6	24.83±1.2	24.83±1.2
Comportamento Social	.2±0.45	.0±0.0	.00±0.0	1.83±4.02	1.0±2.45	1.33±3.27
Conformidade	.0±0.0	.0±0.0	.00±0.0	1.0±2.45	0.5±1.23	1.33±3.27
Merece Confiança	.0±0.0	.0±0.0	.00±0.0	.17±0.41	.0±0.0	.17±.41
C.Estereotipado/Hiperativo	1.4±1.34	1.4±1.34	1.4±1.34	.17±0.41	.17±0.41	.17±.41
Comportamento Sexual	.0±0.0	.0±0.0	.00±0.0	.17±0.41	.17±0.41	.17±.41
Comportamento Auto-abusivo	.0±0.0	.0±0.0	.00±0.0	.33±0.82	.33±0.82	.33±.82
Ajustamento Social	.2±0.45	.2±0.45	.2±.45	.0±0.0	.0±0.0	.00±0.0
C. Interpessoal Perturbado	.0±0.0	.0±0.0	.00±0.0	1.17±0.04	.33±0.82	.50±1.23
ECAP _ Total	248.0±16.1	254.6±16.8	250.0±16.4	272.3±25.2	273.0±21.2	270.8±26.1

$p < .05$; Legenda: AvB=avaliação baseline; AvF=avaliação final; AvR=avaliação de retenção

De uma forma geral, os valores médios dos dois grupos tende a aumentar na parte I e a diminuir ou manter na parte II, indicando a progressão positiva e a aquisição de competências ao longo do tempo.

Tabela 4 - Valores de estatística descritiva com a avaliação pela EIA

Domínios EIA	Grupo 1			Grupo 2		
	Av.B	AvF	AvR	Av.B	AvF	AvR
Atividades Vida casa	39.8±6.38	30.4±10.74	32.0±10.00	30.0±7.46	26.17±7.03	27.67±7,12
Atividades Vida Comunitária	60.4±6.95	47.8±6.46	50.0±5.61	40.67±5.42	33.17±5.71	34.67±7.01
Atividades Aprendizagem longo da vida	54.6±11.7	49.8±10.52	51.0±11.14	49.3±19.74	36.5±16.18	40.17±16.52
Atividades Profissionais	33.4±8.53	28.2±11.3	28.2±11.3	12.0±3.52	7.83±2.93	7.83±2.93
Atividades de Saúde e Segurança	54.4±4.98	48.0±8.0	48.0±8,0	38.33±3.93	29.67±4.59	29.67±4.6
Atividades Sociais	24.2±9.37	21.8±9.6	21.8±9.6	14.5±3.56	11.83±3.66	11.83±3.66
EIA_Total	266.8±34.5	226.0±43.2	231.0±45.2	184.8±32.9	145.2±29.8	151.8±31.2

p<.05; Legenda: AvB=avaliação baseline; AvF=avaliação final; AvR=avaliação de retenção

Tal como com a ECAP, também ao nível dos valores médios decorrentes da aplicação da EIA, se constata a tendência para a diminuição da necessidade de apoios em todos os domínios da avaliação inicial para a avaliação final. Os domínios das *atividades de vida em casa e na comunidade*, e de *saúde/segurança* foram os que apresentaram a maior diminuição no grupo 1, e os de *atividades ao longo da vida*, de *saúde/segurança* ao nível do grupo 2.

Tabela 5 - Valores de estatística descritiva com a avaliação pela EPR na sua dupla versão

Domínios EPR-AR	Grupo 1			Grupo 2		
	Av.B	AvF	AvR	Av.B	AvF	AvR
DP	14.6±.89	16.0±1.58	15.80±1.48	15.67±1.51	17.17±.98	16.67±1.21
AD	15.8±.45	17.0±.71	17.0±.71	15.83±1.94	17.83±.41	17.33±.82
RI	16.8±.84	17.2±1.1	16.8±.84	16.83±1.47	17.5±.55	17.5±.55
IS	11.0±.71	13.4±1.57	12.4±1.14	11.67±2.94	15.0±1.79	14.5±1.76
D	14.2±.45	14.6±1.34	14.4±.90	11.33±3.08	14.33±2.16	14.0±2.53
BEE	18.0±.00	18.0±.00	18.0±.00	18.0±0.0	18.0±.00	18.0±.00
BEF	15.6±1.67	16.4±.55	16.4±.55	15.83±.84	16.17±.75	16.17±.75
BEM	13.8±1.48	14.8±1.79	14.4±1.67	14.5±.84	15.5±1.05	15.3±1.03
QV_QP	114.0±12.57	127.4±7.23	125.2±5.72	119.67±11.04	131.67±5.99	129.50±7.48
Domínios EPR-OD						
DP	15.6±1.67	16.4±1.52	16.2±1.48	15.5±1.23	17.17±0.75	17.17±.75
AD	13.0±2.45	15.2±1.30	14.2±1.48	13.33±3.45	15.33±2.81	15.33±2.81
RI	13.6±2.70	15.2±2.28	15.0±2.24	17.0±1.67	17.17±1.60	17.17±1.6
IS	11.2±2.59	12.2±2.78	12.0±2.92	11.67±3.27	13.67±1.63	13.67±1.63
D	13.0±1.23	13.0±1.23	13.0±1.23	13.33±1.97	13.83±1.94	13.83±1.94
BEE	17.6±.55	17.8±.45	17.8±.045	17.17±.41	18.0±.00	18.0±.00
BEF	16.4±1.34	16.4±1.34	16.4±1.34	17.33±.52	17.83±0.41	17.83±.41
BEM	8.2±.45	8.2±.45	8.2±.45	9.50±2.81	10.33±2.73	10.33±2.73
QV_OD	108.6±9.56	114.4±9.40	111.2±10.76	113.33±11.48	123.5±5.79	123.5±5.79

Legenda: AR=autorrelato; OD=observação direta; DP=desenvolvimento pessoal; AD=autodeterminação; RI=relações interpessoais; IS=inclusão social; D=direitos; BEE=bem-estar emocional; BEF=bem-estar físico; BEM=bem-estar material; QV=índice da QdV

A tendência apresentada na avaliação do comportamento adaptativo e dos apoios parece manter-se no âmbito da qualidade de vida, apresentando todos os domínios ligeiras variações positivas na parte do autorrelato, sendo que apenas os domínios dos *direitos* e do *bem-estar emocional* parecem ter uma alteração mínima. O *bem-estar emocional* volta a não apresentar variações na parte respondida pelos técnicos, isto pode ser explicado devido ao facto de a aplicação do instrumento ter sido realizada em contexto de sessão de grupo.

A comparação entre os dois grupos (tabela 6) revela diferenças significativas logo na avaliação inicial, o que permitiu a identificação do perfil adaptativo de cada participante e a organização dos grupos, confirmando a tendência para um desempenho adaptativo superior no grupo 2, mas que pela sua tipicidade e frequência em atividades de vida diária permitiram a contínua estimulação.

Tabela 6 - Valores do Teste Kruskal-Wallis e do Wilcoxon para a comparação inter e intra-grupos nos domínios da ECAP

ECAP – domínios	Grupo 1 vs Grupo 2 Teste Kruskal-Wallis			Grupo 1 ECAP (teste Wilcoxon)		Grupo 2 ECAP (teste Wilcoxon)	
	AvB	AvF	AvR	AvB vs. AvF	AvF vs. AvR	AvB vs. AvF	AvF vs. AvR
Autonomia	.03	.07	.03	.01	.07	.05	.08
Desenvolvimento Físico	.05	.15	.57	.03	.16	.18	.10
Atividade Económica	.18	.18	.18	.31	1	.32	.32
Desenvolvimento Linguagem	.71	.71	.65	.01	.16	.04	.16
Números e Tempo	.20	.20	.13	1	.32	1	1
Atividade Doméstica	.90	.78	.78	.05	.16	.32	.32
Atividade Pré-Profissional	.07	.18	.09	1	.32	.32	1
Personalidade	.02	.07	.07	.18	.32	1	1
Responsabilidade	.30	.41	.41	.15	1	1	1
Socialização	.44	.69	.69	.31	1	.32	1
Comportamento Social	.56	.36	.36	.10	1	.18	.32
Conformidade	.36	.36	.36	.31	1	.32	.32
Merece Confiança	.36	1	.36	.31	1	.32	.32
C. Estereotipado/Hiperativo	.09	.09	.09	1	1	1	1
Comportamento Sexual	.36	.36	.36	1	1	1	1
C. Auto-abusivo	.36	.36	.36	1	1	1	1
Ajustamento Social	.27	.27	.27	1	1	1	1
C. Interpessoal Perturbado	.18	.36	.36	.18	1	.18	.32

$p < .05$;

No momento inicial, os participantes do grupo 1 tendem para menores desempenhos adaptativos nos domínios de *Autonomia*, *Desenvolvimento Físico*, *Desenvolvimento da Linguagem*, e *Atividades Domésticas*, que parecem esbater-se após a intervenção psicomotora. Esta evolução adaptativa volta a constatar-se em ambos os grupos, quando se comparam ao longo do tempo, especialmente nos domínios *Autonomia*, *Desenvolvimento Físico*, e *Personalidade*.

Tabela 7 - Valores do Teste Kruskal-Wallis e do Wilcoxon para a comparação inter e intra-grupos nos domínios da EIA

EIA	Grupo 1 vs Grupo 2 Teste Kruskal-Wallis			Grupo 1 EIA (teste Wilcoxon)		Grupo 2 EIA (teste Wilcoxon)	
	AvB	AvF	AvR	AvB vs. AvF	AvF vs. AvR	AvB vs. AvF	AvF vs. AvR
Atividades Vida casa	.04	.58	.58	.01	.10	.03	.02
Atividades Vida Comunitária	.01	.01	.01	.00	.07	.03	.11
Atividades Aprendizagem longo da vida	.93	.27	.46	.01	.11	.03	.03
Atividades Profissionais	.01	.01	.01	.01	1	.03	1
Atividades Saúde e Segurança	.01	.06	.06	.01	1	.03	1
Atividades Sociais	.04	.02	.02	.01	1	.04	1

$p < .05$;

Os valores obtidos na análise comparativa dos resultados da EIA parecem ir no mesmo sentido dos anteriores, constatando-se a tendência para a diminuição da necessidade de apoios ao nível do seu tipo, frequência e tempo diário.

Tabela 8 - Valores do Teste Kruskal-Wallis e do Wilcoxon para a comparação inter e intra-grupos nos domínios da EPR na sua dupla versão

Domínios EPR-AR	Grupo 1 (teste wilcoxon)		Grupo 2 (teste wilcoxon)		G1 vs. G2 (teste kruskal-wallis)		
	AvB vs. AvF	AvF vs. AvR	AvB vs. AvF	AvF vs. AvR	AvB	AvF	AvR
DP	.01	.32	.03	.08	.20	.18	.30
AD	.01	1	.07	.18	.84	.04	.43
RI	.06	.16	.20	1	.77	.76	.14
IS	.01	.10	.04	.18	.77	.19	.05
D	.02	.32	.03	.32	.03	.43	.57
BEE	1	1	1	1	1	1	1
BEF	.05	1	.12	1	1	.61	.61
BEM	.03	.32	.05	.32	.27	.63	.35
QV_AR	.01	.10	.03	.10	.41	.29	.23
Domínios EPR-OD							
DP	.01	.32	.04	1	.77	.38	.22
AD	.01	.10	.04	1	.85	.46	.17
RI	.04	.32	.32	1	.04	.10	.10
IS	.01	.32	.07	1	.64	.34	.30
D	.08	.32	.08	1	.70	.38	.38
BEE	.01	1	.03	1	.16	.27	.27
BEF	.08	1	.08	1	.10	.01	.01
BEM	.1	1	.1	.32	.49	.09	.11
QV_OD	.00	.11	.03	.32	.36	.08	.04

$p < .05$;

A comparação intra e inter-grupos no que respeita à avaliação da qualidade de vida, pareceu demonstrar índices de qualidade de vida idênticos entre os dois grupos, à exceção do domínio dos *direitos* na avaliação inicial e da *autodeterminação* na avaliação final e de retenção na perspetiva do autorrelato, e dos domínios *relações interpessoais*

no momento inicial e *bem-estar físico* na avaliação final e de retenção de acordo com as respostas dos técnicos.

A análise da correlação entre três constructos (tabelas 9 e 10) implicou sempre a dupla versão da EPR: autorrelato (AR) e de observação direta (OD).

Tabela 9 - Correlações entre os domínios da ECAP com os da EIA e da EPR

EIA	Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa									
	Aut	DF	AE	DL	NT	AD	APP	P	R	S
Atividades vida diária	-.50	-.43	-.68*	-.04	-.40	-.62**	-.52	-.57	-.59	.01
Atividades vida comunidade	-.77**	-.62*	-.58	-.28	-.65*	-.12	-.65*	-.67*	-.27	.15
Atividades aprendizagem na vida	-.29	.19	-.54	-.14	-.15	-.43	-.36	-.25	-.43	-.33
Atividades trabalho/emprego	-.6*	-.37	-.37	-.09	-.47	-.19	-.68*	-.79**	-.59	.24
Atividades saúde/segurança	-.66*	-.44	-.42	.02	-.38	-.25	-.60	-.78**	-.63*	.21
Atividades sociais	-.38	-.22	-.06	.11	-.12	-.36	-.39	-.6	-.59	.33
Total	-.65*	-.35	-.57	-.11	-.45	-.40	-.66*	-.73*	-.62*	.08
Domínios EPR-AR										
Desenvolvimento Pessoal	.03	.08	.25	.30	.68*	.12	.73*	.49	.36	.03
Autodeterminação	.02	.08	.00	.68*	.66*	.09	.60	.33	.07	.08
Relações Interpessoais	.05	.05	.4	.49	.52	.03	.55	.35	.11	.09
Inclusão Social	.22	.08	.09	.47	.69*	.38	.58	.17	.01	.26
Direitos	.34	.32	.15	.53	.28	.08	.15	.20	.31	.23
Bem-Estar Físico	.51	.01	.09	.64*	.41	.12	.47	.43	.13	.07
Bem-Estar Material	.08	.22	.01	.12	.44	.74**	.20	.05	.32	.09
Índice QdV_AR	.50	.04	.18	.77**	.66*	.22	.65*	.40	.22	.07
Domínios EPR-OD										
Desenvolvimento Pessoal	.41	.41	.04	.35	.41	.57	.21	.39	.38	.27
Autodeterminação	.44	.39	.48	.05	.12	.56	.15	.09	.09	.18
Relações Interpessoais	.49	.06	.27	.31	.47	.15	.58	.53	.41	.18
Inclusão Social	.45	.25	.55	.41	.28	.51	.17	.01	.14	.41
Direitos	.14	.15	.20	.16	.12	.20	.18	.10	.08	.17
Bem-Estar Emocional	.55	.55	.16	.32	.52	.15	.41	.41	.04	.14
Bem-Estar Físico	.10	.09	.04	.03	.22	.42	.08	.01	.17	.25
Bem-Estar Material	.09	.12	.17	.23	.48	.42	.52	.27	.26	.4
Índice QdV_OD	.21	.37	.18	.19	.3	.52	.37	.13	.05	.09

Nota. ** $p \leq .001$; * $p < .05$.

De uma forma geral, os coeficientes de relação entre as necessidades de apoios e os domínios adaptativos parecem ser fortes, mas negativas, i.e.: melhores desempenhos adaptativos parecem corresponder a menores necessidades de apoios; e os valores obtidos na análise da correlação entre os domínios das duas versões da EPR e da ECAP mostram variações

Tabela 11 - Correlações entre os domínios da EIA e da EPR

Domínios EPR-AR	Escala de Intensidade de Apoio						Total
	AVD	AVC	AALV	AP	ASS	AS	
Desenvolvimento Pessoal	-.30	-.40	-.02	-.59	-.39	-.30	-.42
Autodeterminação	-.03	-.12	.02	-.17	-.03	-.12	-.08
Relações Interpessoais	-.08	-.25	-.04	-.27	-.07	.13	-.13
Inclusão Social	.10	-.10	.29	-.22	-.00	-.12	-.00
Direitos	.22	.36	.19	.35	.57	.33	.37
Bem-Estar Físico	.2	-.32	-.04	-.17	-.16	.12	-.02
Bem-Estar Material	.21	-.32	.31	-.08	-.08	.41	.11
Índice QdV_AR	.17	-.4	.18	-.33	-.15	-.02	-.07
Domínios EPR-OD							
Desenvolvimento Pessoal	-.02	-.05	-.23	.07	.06	.23	-.07
Autodeterminação	.24	.23	.19	-.17	.01	-.35	-.07
Relações Interpessoais	-.6	-.65*	-.40	-.81**	-.72*	-.59	-.79**
Inclusão Social	.24	.17	.16	-.22	-.11	-.21	-.10
Direitos	-.17	-.29	-.56	-.13	-.32	.13	-.31
Bem-Estar Emocional	.29	.51	.04	.19	.35	.15	.15
Bem-Estar Físico	-.29	-.53	-.25	-.39	-.44	-.06	-.45
Bem-Estar Material	.13	-.21	.18	-.37	-.23	-.14	-.11
Índice QdV_OD	-.01	-.14	-.17	-.41	-.30	-.26	-.37

Nota. ** $p \leq .001$; * $p < .05$. Legenda: AVD=atividades de vida diária em casa; AVC=atividades de vida comunitária; AALV=atividades de aprendizagem ao longo da vida; AP=atividades profissionais; ASS=atividades de saúde e segurança; AS=atividades sociais

Na análise dos coeficientes de correlação entre os domínios da EPR e da EIA constata-se a tendência do que foi referido anteriormente, com valores indicadores de correlação fortes, mas negativas entre as duas partes da EPR e a EIA, indiciando que os participantes com maiores necessidades de apoio parecem experienciar uma menor qualidade de vida.

Discussão

Este estudo apresentou como principal objetivo perceber qual o contributo da intervenção psicomotora pode deter, como apoio, na potencialização do CA e para uma vida com mais qualidade de adultos com DID institucionalizados, visando aprofundar, na prática, as evidências teóricas mais recentes da relação entre os três constructos, ao mesmo tempo que se examinou o eventual contributo que a intervenção psicomotora pode deter na estimulação adaptativa, na prestação dos apoios e na (melhoria) da qualidade de vida. Até à data, e apesar de outros estudos na área psicomotora com alguns dos constructos (e.g.: Antunes e Santos, 2015; Jardim e Santos, 2016; Leitão e

Santos, 2017) os nossos resultados contribuem para a literatura e para a prática através da análise de uma amostra de adultos com DID que incorpora 3 medidas, privilegiando-se, ainda, a participação da própria pessoa com DID.

Numa análise mais detalhada dos resultados obtidos, constata-se que os participantes com DID parecem atingir valores mais elevados ao nível de alguns domínios adaptativos: *autonomia, desenvolvimento físico, personalidade, responsabilidade e socialização*, indo ao encontro de outros (Antunes e Santos, 2015; Júnior et al., 2016; Leitão e Santos, 2017). O desenvolvimento psicomotor foi, e tem sido, a base da intervenção oferecida aos participantes desde a sua entrada na instituição (Antunes e Santos, 2015), pelo que o seu desempenho superior neste estudo não surpreende apesar da literatura reportar maiores dificuldades ao nível das praxias (Carmeli et al., 2008), com menor precisão e velocidade (Barnhill e Kartheiser, 2007; Lathinen et al., 2007; Zikl et al., 2013), e necessidade de mais tempo para a tarefa (Woolf et al., 2010). O facto de todos os participantes se encontrarem a frequentar o centro de atividades ocupacionais (Antunes e Santos, 2015), onde são exigidas competências de responsabilidade (e.g.: tomar conta do material e arrumar a sala) e tarefas que devem ser cumpridas dentro dos horários destinados e em grupo, pode explicar os melhores resultados nos domínios da personalidade, responsabilidade e socialização.

O programa de intervenção psicomotora centrou-se na estimulação dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção corporal estruturação espaço-temporal, praxia global e fina) que apesar de não serem utilizadas por si só, assumem um papel fundamental numa diversidade de atividades de vida diária (Antunes e Santos, 2015; Santos, 2017; Santos e Morato, 2007; Santos e Morato, 2012; Zikl et al., 2013) que se repercutem, entre outras, nos itens avaliados na *Autonomia*, como a alimentação (e.g.: utilização dos talheres, comer e beber), higiene (banho e autonomia na casa-de-banho), vestuário (vestir/despir e cuidados), a mobilidade, entre outros. Estes resultados parecem corroborar vários autores (Belva e Matson, 2013; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012; Santos et al., 2010). É de se acrescentar que a ECAP avalia as competências psicomotoras elementares.

A nível intermédio, destaca-se o *desenvolvimento da linguagem*, que apesar de ser apontado como uma das características menos boas das pessoas com DID (Sadrossadat et al., 2010; Sartawi et al., 2011; Schalock et al., 2010) parece estar dentro da média, sendo que a maioria dos participantes é verbal ou pelo menos faz-se entender por comunicação alternativa. Por outro lado, a *atividade económica, números e tempo, atividade doméstica e atividade pré-profissional* parecem ser dos domínios que sistematicamente a literatura reporta dificuldades por parte de adultos com DID e que

este estudo corrobora. Esta tendência já tinha sido reportada anteriormente (Antunes e Santos, 2015; Júnior et al., 2016).

O compromisso cognitivo e executivo (Pennington e Bennetto, 1998) inerente ao diagnóstico de DID influencia as maiores limitações ao nível do raciocínio abstrato o que impacta atividades que envolvem a noção/manuseamento de dinheiro, noção espacial e temporal e mesmo operações matemáticas básicas; a falta de oportunidades em contexto real (Antunes e Santos, 2015; Belva e Matson, 2013; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012). Por outro lado, a superproteção (Santos, 2010; Santos, 2014) e a desresponsabilização deste tipo de tarefas, por parte de terceiros, que assumem assim a sua concretização, associada à desvalorização das capacidades das pessoas com DID (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012; Sartawi et al., 2011), o facto de a intervenção não ter incidido nestas questões dadas serem (mais) trabalhadas noutros serviços e apoios - com consequências a índices menores de produtividade (Antunes e Santos, 2015; Harris, 2006; Santos e Morato, 2012; Sartawi et al., 2011), e a desvalorização destas questões pelos próprios que não priorizam este tipo de competências, ou por nunca terem sido confrontados com a aprendizagem das mesmas ou por não considerarem necessário para o seu dia-a-dia.

Apesar da tendência para comportamentos desajustados por parte das pessoas com DID (Harris, 2006), é de se realçar que ambos os grupos avaliados apresentam índices próximos do ótimo (igual a zero pontos, i.e., inexistência de ajustamentos), nos três momentos de avaliação, parecendo indiciar a compreensão das consequências dos mesmos. Estes resultados já tinham avançados noutros estudos (Antunes e Santos, 2015; Júnior et al., 2016; Leitão e Santos, 2017; Santos, 2014; Santos e Morato, 2007) e podem ser, eventualmente, explicados, pelo fator de institucionalização que desde sempre aposta na regulação comportamental, bem como pela aplicação de consequências consistentes e coerentes para todos, de acordo com as regras de funcionamento institucional e com as diretrizes assumidas em todos os contextos de intervenção, incluindo a atividade psicomotora. Realça-se, apenas, a melhoria dos valores médios do comportamento interpessoal perturbado no momento da avaliação final, que apesar de não reportar diferenças significativas do ponto de vista quantitativo, demonstra algumas evoluções qualitativas.

A comparação entre os grupos reporta para alguma diferenciação adaptativa, com os participantes do grupo 2 a apresentarem melhores resultados em todos os domínios adaptativos – como expectável, e nos três momentos de avaliação (Leitão e Santos, 2017). No que toca aos valores resultantes da análise comparativa intra-grupos constata-se diferenças significativas, no sentido de evolução e progressão nas

competências, entre os dois primeiros momentos de avaliação: inicial vs. final (Antunes e Santos, 2015; Júnior et al., 2016). Esta melhoria centra-se nos domínios da *autonomia* e *desenvolvimento da linguagem* nos dois grupos, e nos domínios de *desenvolvimento físico* e *atividade doméstica* no grupo com menor perfil funcional inicial. Como curiosidade, no estudo de Antunes e Santos (2015) o único outro domínio onde se reportaram diferenças significativas, para além dos referidos, foi o dos *números e tempo*.

Apesar da intervenção se ter baseado nos fatores psicomotores, as atividades envolviam também outras competências, como a linguagem, autonomia, e de caráter doméstico (e.g.: arrumar o material nas sessões). A ECAP é um instrumento abrangente e nem todas as competências foram trabalhadas ao longo da intervenção o que pode explicar a inexistência de diferenças nalguns domínios, apesar de melhorias qualitativas que foram apontadas nos registos diários das sessões. Para além da inferência do potencial da intervenção psicomotora centrado na pessoa como apoio mediador na aquisição adaptativa (Bianconi e Munster, 2011), fica a ideia da capacidade de aprendizagem de adultos com DID.

Os valores médios obtidos pela aplicação da EIA, nos dois grupos, parecem apontar para maiores necessidades de apoio ao nível das *atividades de vida comunitária* - deslocação no envolvimento e utilização de serviços públicos (e.g. correios), de *aprendizagem ao longo da vida*, como aquisição e utilização de competências sociais e a realização de tarefas com ritmo, sendo estes os fatores onde se mantêm as necessidades de apoio, e de *saúde e segurança*, parecendo que as *atividades sociais* constituem o domínio forte, revelando menores necessidades de apoios. É interessante realçar que no âmbito do grupo 2 o domínio das *atividades profissionais* também parece apresentar um nível inferior de apoios, o que parece revelar que neste grupo se encontram indivíduos com mais funcionalidade e que já realizam atividades de caráter mais profissional na instituição (e.g. como a lavagem de automóveis ou banhos e tosquiadas de animais de estimação), com vista a uma possível integração em empresas que se encontram na envolvente do centro de atividades ocupacionais. Este facto parece estar de alguma forma em consonância com a avaliação adaptativa onde os domínios de *autonomia*, *socialização* e *personalidade* parecem destacar-se.

Ao longo do período temporal da intervenção, volta-se a verificar a tendência generalizada para a diminuição de necessidade de apoios, o que pode resultar da maior funcionalidade que a intervenção psicomotora possa ter promovido. Esta ideia parece corroborar a necessidade de adaptação flexível dos apoios, que podem ir variando consoante o percurso diferenciado das pessoas com DID, em vez da prestação de apoios apenas porque se tem DID, da valorização de domínios e competências (em

detrimento de outros) pelos próprios e pelo processo de monitorização constante com a revisão periódica dos planos individuais e da seleção de outros apoios (Thompson et al., 2002; 2004).

A análise dos resultados dos três momentos de avaliação, indiciam a evolução geral nos dois grupos de intervenção, com diminuição dos apoios (tipo, frequência e tempo diário). Ao longo da intervenção, os participantes foram habilitados com estratégias e aprendizagens funcionais para uma maior autonomia em determinadas tarefas diárias, com menos apoios indo ao encontro de outros estudos (Gonçalves e Santos, 2016; Valente et al., 2012). Estas melhorias foram mais evidentes em questões das *Atividades de Vida em Casa*, *Atividades na Comunidade*, e na *Saúde/Segurança* no primeiro grupo e no segundo grupo maioritariamente nas *Atividades de Aprendizagem ao Longo da Vida* e na *Saúde/Segurança*. Na comparação entre os grupos é possível constatar que as melhorias em relação aos apoios se deram em todos os domínios de uma forma geral, com um destaque para as *Atividades de Vida em Casa* e *Saúde/Segurança*.

A análise dos valores obtidos pela avaliação da qualidade de vida, e apesar das variações mínimas nos valores médios, tal como expectável (Jardim e Santos, 2015), parece ir ao encontro dos resultados obtidos com a avaliação adaptativa e das necessidades de apoio. Do momento inicial para o final, os valores médios sofrem ligeiros aumentos, tendendo a manter-se na avaliação de retenção, contrariando assim outros estudos em que os resultados da avaliação de retenção tenderam a diminuir, ficando contudo, mais elevados do que os iniciais (Jardim e Santos, 2016). As diferenças significativas, e na perspetiva do autorrelato, traduzem-se em sete índices no grupo 2: *desenvolvimento pessoal*, *inclusão social*, *direitos*, *bem-estar material* e no *índice global de QdV*; com o grupo 1 a apresentar ainda mais dois domínios com diferenças significativas: *autodeterminação* e *bem-estar físico*.

O *desenvolvimento pessoal* envolve um conjunto de competências diárias ao longo da vida – como as competências adaptativas, e a satisfação com as mesmas (Van Loon et al., 2009) o que foi estimulado ao longo do programa de intervenção psicomotora, através de atividades funcionais, intencionais e significativas (Fonseca, 2010) que implicassem a resolução de problemas (Schalock e Verdugo, 2002). Existem diferenças ao nível das tarefas do dia-a-dia, na dupla versão, como preparar refeições ou tomar a medicação sozinho, em que os técnicos consideraram que na sua globalidade os participantes não seriam capazes de o realizar autonomamente.

Na *autodeterminação* estão incluídas a escolha e a decisão, para o controlo da sua própria vida e não na confiança exclusiva de terceiros, (Schalock e Verdugo, 2002). Nos dois grupos encontraram-se ligeiras melhorias sobre a autodeterminação na opinião dos próprios, possivelmente pelas oportunidades ao longo do programa para decisões práticas. As respostas apresentam ligeiras diferenças no que toca aos respondentes, considerando os participantes que seriam capazes de tomar decisões ao nível das escolhas das suas roupas ou refeições (apesar de serem feitas atualmente pelos familiares ou responsáveis legais), apesar de para os técnicos a maioria dos participantes apresentarem dificuldades ao nível das decisões.

A *inclusão social* implica a participação comunitária e o assumir os papéis como cidadão ativo (van Loon et al., 2009) apesar da restrição ainda decorrente da institucionalização (Schalock e Verdugo, 2002) que limita a saída à comunidade e que realmente deve ser o próximo passo da intervenção psicomotora: formação em contexto real. Desta forma, a intervenção psicomotora parece emergir como uma das pontes entre pessoa e envolvimento (Santos, 2017). As respostas dos participantes e dos técnicos são similares neste domínio, possivelmente pelas atividades na comunidade envolvente com os prestadores de cuidados. Estes resultados vão ao encontro de Jardim e Santos (2015).

O *bem-estar físico* é talvez um dos domínios visíveis ao nível do funcionamento institucional envolvendo a saúde e os cuidados de saúde (medicação), atividade física (mobilidade e exercício) e hábitos de vida saudáveis (nutrição), e lazer (Schalock e Verdugo, 2002). Neste sentido, a intervenção psicomotora também parece deter repercussões positivas a este nível e na opinião dos próprios, observando-se melhorias a nível físico na maioria dos participantes, tal como para Jardim e Santos (2016), nomeadamente em questões do equilíbrio, conseguindo controlar melhor questões como a alternância no padrão de marcha, e da sua mobilidade, e conseguindo-se deslocar com menos apoios, para aqueles que possuem mobilidades mais reduzida e com mais necessidade de apoio, sendo este um fator que foi realçado não só pelos técnicos como pelos próprios participantes.

Nos domínios dos *direitos* e do *bem-estar material* não houveram diferenças significativas, o que seria expectável dada a intervenção não se ter centrado nestas questões. Esta tendência para a indiferenciação de resultados já tinha sido apontada anteriormente apesar de ligeiras melhorias (Jardim e Santos, 2016) avançando-se inclusive com a eventual correlação entre os dois domínios, ainda pouco estimulada a nível nacional (Santos e Morato, 2012; Simões et al., 2015). Do ponto de vista dos técnicos as diferenças significativas foram mais evidentes ao nível dos participantes do

grupo 1, em quase todos os domínios exceção aos *direitos, bem-estar físico e bem-estar material*.

Na análise da relação entre os três constructos e tal como se previa constatarem-se correlações moderadas entre os 3 constructos, corroborando outros estudos na área (e.g.: Gonçalves e Santos, 2016; Simões et al., 2016b), com uma relação significativa mas negativa entre necessidades de apoio e CA/QdV e uma relação significativa e positiva entre o CA e a QdV (Chou et al., 2013; Claes et al., 2009; Claes et al., 2012; Harries et al., 2005; Nota et al., 2007; Thompson et al., 2004). Tal seria expectável dada a ideia já referida anteriormente, que pessoas com maiores índices adaptativos denotam maior funcionalidade diária e menor necessidade de apoios, traduzindo-se numa vida com mais qualidade. Por outro lado, os valores obtidos na correlação entre a ECAP e a EIA foram mais elevados do que as restantes análise (i.e.: ECAP e EPR e EIA e EPR) possivelmente pelo facto de não só as duas escalas serem mais objetivas e a QdV englobar a valorização pessoal de cada atividade de acordo com as próprias vivências (Simões e Santos, 2018; Simões et al., 2016b). A QdV parece estar relacionada com os apoios e as oportunidades de controlo e decisão (Thompson et al., 2009), no alinhamento entre apoio utilizados vs. apoio disponibilizado (Buntinx e Schalock, 2010; Thompson et al., 2009).

É interessante realçar alguns resultados. Na relação entre ECAP e EIA os únicos domínios que consistentemente apresentaram uma correlação fraca foram o *desenvolvimento da linguagem, atividade doméstica e socialização*, corroborando Simões e Santos (2018), sendo que uma das eventuais explicações passa pelo facto de na EIA estes domínios estarem resumidos a um ou dois itens, ou os mesmos não terem um impacto significativo na vida das pessoas com DID ou da inexistência de apoios nestes âmbitos. A curiosidade residiu, e ao contrário de Simões e Santos (2018) que o domínio *números e tempo* parece deter um impacto significativo ao nível do trabalho/emprego, tal como seria expectável. Na análise da relação entre as respostas de auto-relato (QdV) e a ECAP os domínios que parecem deter mais impacto são: *números e tempo, desenvolvimento da linguagem e atividade pré-profissional* e na versão dos técnicos acresce ainda a *autonomia, desenvolvimento físico e a atividade doméstica* mas parece indiciar a tendência de relação entre os dois respondentes, bem como a existência de valores marginais com os domínios *pré-profissional, personalidade, responsabilidade e socialização* (Simões e Santos, 2018). Finalmente, a análise da relação entre a EIA e a QdV parece realçar o impacto do domínio do *desenvolvimento pessoal* e dos *direitos* com as necessidades de apoio corroborando outros estudos (Simões e Santos, 2018; Simões et al., 2016a). Destaca-se o domínio

do *bem-estar material* que também aparece correlacionado com as *atividades de vida comunitária, de aprendizagem ao longo da vida e sociais* (Simões e Santos, 2018; Simões et al., 2016a), bem como a correção entre o índice global de QdV e as *atividades profissionais* contrariando os resultados de Simões e Santos (2018). Os três constructos apesar de complementares são distintos (Gonçalves e Santos, 2016; Guscia et al., 2006; Simões e Santos, 2018; Simões et al., 2016b) e a identificação da sua relação pode deter um papel significativo na mudança de atitudes e práticas com pessoas com DID, descentrando o foco nas limitações da pessoa e redirecionando a atenção para as estratégias e serviços que potenciem a relação de qualidade entre a pessoa e as exigências contextuais (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2012), i.e., planos de vida individuais que envolvam uma diversidade de domínios e vertentes, cuja priorização deve ser da responsabilidade (partilhada) da própria pessoa.

Conclusão

A compreensão da relação entre vários constructos, permite a aquisição de mais conhecimento que se pretende transferido para a prática, permitindo a sua operacionalização e a análise do seu contributo na concretização de estratégias e serviços individualizados. Neste campo, e nos modelos recentes sobre a DID e a provisão de apoios, há a destacar três constructos: CA, apoios e QdV, como fundamentais para a inovação e adequação de planeamentos, que se pretendem centrados na pessoa, bem como para a sua avaliação e monitorização (Simões e Santos, 2018).

Assente nesta premissa, esta investigação procurou trazer nova informação sobre o eventual contributo da intervenção psicomotora como apoio promotor dos comportamentos adaptativos e da qualidade de vida, ou seja, como um mediador entre o desempenho atual e o que se pretende que o indivíduo venha a ter (Buntinx e Schalock, 2010), na congruência entre capacidades e exigências envolvimentoais (Lamoureux-Hébert e Morin, 2009; Thompson et al., 2009), indo ao encontro de outros autores que evidenciam os benefícios de intervenção ajustadas e adaptadas às pessoas (Bianconi e Munster, 2011).

A utilização de uma metodologia avaliativa multidimensional permitiu obter mais e melhores informações dos participantes, possibilitando a identificação e priorização dos objetivos a desenvolver e que eram mais valorizados pelos próprios, indo ao encontro de vários autores (e.g.: Buntinx e Schalock, 2010; Claes et al., 2009; Van Loon et al., 2010). Além disso, a análise dos resultados obtidos pela avaliação da qualidade de vida desempenha um papel fundamental na avaliação da eficácia da intervenção (Schalock

e Verdugo, 2002). Schalock (2004) defende mesmo que todos os programas de intervenção devem enquadrar os indicadores de QdV de forma transversal e ao longo do percurso da pessoa, na estimativa dos resultados a curto e longo prazo.

De acordo com os resultados obtidos parece ser possível afirmar a relação recíproca entre o CA e as necessidades de apoio, constatando-se com os participantes com maiores desempenhos adaptativo parecem ter menor necessidade de apoios e melhores níveis de qualidade de vida e corroborando outros estudos (Claes et al., 2012; Rey et al., 2013; Simões e Santos, 2017; Simões et al., 2016b), apesar de se relembrar que os apoios não dependem exclusivamente das características individuais (Thompson et al., 2009). No âmbito da atividade profissional do psicomotricista há que fazer o paralelismo com a concetualização da planificação centrada na pessoa (Claes et al., 2010; Van Loon et al., 2010).

A intervenção psicomotora deve assentar num modelo concetual validado colocando a pessoa como foco central, baseando toda a intervenção na documentação real da pessoa (e.g.: capacidades, necessidades de apoios, preferências e motivações, entre outros) através de uma abordagem multidimensional e validade, visando obter diferenças (i.e.: melhores resultados e desempenhos de qualidade), entre o período inicial (i.e.: antes da intervenção) e o final (pós-intervenção), identificando facilitadores e barreiras (que devem ser minimizadas) para a obtenção de resultados pessoais selecionados pelos próprios clientes, i.e.: garantir a sua QdV (DeWaele, Van Loon, Van hove e Schalock, 2005).

A modificação envolvimento e das atividades a implementar deve contribuir para a satisfação das necessidades e dos desejos, com o aumento do controlo pessoal e do desempenho adaptativo para uma participação comunitária real e efetiva, reduzindo a “distância” entre (as limitações da) a pessoa e o contexto através de processos de monitorização das mudanças, através da coerência entre o apoio necessário e o apoio recebido (Buntinx e Schalock, 2010; Thompson et al., 2014). A metodologia por nós utilizada parece demonstrar que esta abordagem tem impacto positivo no bem-estar pessoal (Schalock et al., 2002), relembrando que os participantes com melhores níveis adaptativos e menor necessidade de apoios referem uma melhor QdV. Algumas das funções dos psicomotricistas passam pela modificação dos envoltivos e da adaptação das atividades, disponibilizando apoios que não só permitam a oportunidade para a participação social, como sejam um facilitador para o desempenho funcional e comunitário.

Apesar de resultados positivos quanto aos efeitos da intervenção psicomotora como apoio para a promoção do comportamento adaptativo, dos resultados pessoais e da qualidade de vida, há que referir algumas limitações que restringem o nível de generalização, ao mesmo tempo que se fazem algumas recomendações: a amostra ser reduzida e circunscrita a um espaço geográfico e a uma instituição com características eventualmente diferentes de outras, pelo que a sugestão passa por elaboração de programas e sua operacionalização com diferentes participantes com DID (idade, género...) a nível nacional; a curta duração do programa que apenas se focou em alguns domínios, recomendando-se o aumento da frequência das sessões/programa; a implementação de, pelo menos parte, do programa em contexto real; a consideração de variáveis como a medicação e a participação da família; o trabalho em equipa alargada para uma ação concertada e contextualizada (e.g.: terapeutas, monitores, familiares, médicos...). Por outro lado, acresce a necessidade de estudos de follow-up que permitam acompanhar o processo de desenvolvimento das pessoas com DID numa estratégia transversal para a capacitação.

Referências

- Antunes, A. e Santos, S. (2015). Os benefícios de um programa de Intervenção Psicomotora para indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais ao nível do Comportamento Adaptativo e da Proficiência Motora: estudo comparativo. *A Psicomotricidade*, 18: 89-122
- Balboni, G., Pedrabissi, L., Molteni, M., e Villa, S. (2001). Discriminant Validity of the Vineland Scales: Score Profiles of Individuals with Mental Retardation and a Specific Disorder. *American Journal on Mental Retardation*, 106(2), 162-172. doi: 10.1352/0895-8017(2001)106<0162:DVOTVS>2.0.CO;2
- Barnhill, J. e Kartheiser, P. (2007). Motor Skills Disorder. In Fletcher, R.; Loschen, E.; Stavrakaki, C. e First, M. (eds). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability*. (89-96). National Association for the Dually Diagnosed in association with APA. NY/USA
- Belva, B. e Matson, J. (2013). An examination of specific daily living skills deficits in adults with profound intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 596-604, doi: 10.1016/j.ridd.2012.09.021
- Bianconi, E. C. e Munster, M. A. (2011). Avaliação de Aspectos Psicomotores em Jovens e Adultos Com Deficiência Intelectual Antes e Após um Programa de Educação Física. VII Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial. Londrina de 08 a 10 de novembro de 2011.
- Buntinx, W., e Schalock, R. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283–294. doi:10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x
- Carmeli, E., Bar-Yossef, T., Ariav, C., Levy, R. e Liebermann, D. G. (2008). Perceptual-motor coordination in persons with mild intellectual disability. *Disability and Rehabilitation*, 30 (5), 323-329, doi: 10.1080/09638280701265398;

- Chou, Y., Lee, Y., Chang, S., e Yu, A. (2013). Evaluating the Supports Intensity Scale as a potential assessment instrument for resource allocation for persons with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 34(6), 2056–2063. doi:10.1016/j.ridd.2013.03.013
- Claes, C., Van Hove, G., Vandeveld, S., Van Loon, J., e Schalock, R. (2009). Evaluating the inter-respondent (consumer vs. staff) reliability and construct validity (SIS vs. Vineland) of the Supports Intensity Scale on a Dutch sample. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(4), 329–338. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01149.x
- Claes, C., Van Hove, G., Vandeveld, S., Van Loon, J., e Schalock, R. (2010). Person-centered planning: An analysis of its published literature and effectiveness. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 48(6), 432–453. doi:10.1352/1934-9556-48.6.432
- Claes, C., Van Hove, G., Vandeveld, S., Van Loon, J., e Schalock, R. (2012). The influence of supports strategies, environmental factors, and client characteristics on quality of life-related personal outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 33(1), 96–103. doi:10.1016/j.ridd.2011.08.024
- De Waele, I., Van Loon, J., Van Hove, G., & Schalock, R. (2005). Quality of life versus quality of care: Implications for people and programs. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 2(3-4), 229-239. doi:10.1111/j.1741-1130.2005.00035.x
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos seus factores*. Lisboa: Âncora Editora
- Gonçalves, P. e Santos, S. (2016). Comportamento Adaptativo e Apoios: que relação? *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 23: 115-130
- Grossman, H. (1983). *Classification in Mental Retardation*. Washington DC: AAMD.
- Guscia, R.; Harries, J.; Kirby, N.; Nettelbeck, T. e Taplin, J. (2006). Construct and criterion validities of the Service Need Assessment Profile (SNAP): a measure of support for people with disabilities. *Journal of Intellectual Disability*. 31 (3): 148-155
- Harris, J. (2006). *Intellectual disability: understanding its development, causes, classification, evaluation and treatment*. Oxford University Press.
- Harries, J., Guscia, R., Kirby, N., Nettelbeck, T. e Taplin, J. (2005). Support needs and adaptive behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, 110(5), 393-404. doi: 10.1352/0895-8017(2005)110[393:SNAAB]2.0.CO;2
- Harries, J., Guscia, R., Nettelbeck, T. e Kirby, N. (2009). Impact of additional disabilities on adaptive behavior and support profiles for people with intellectual disabilities. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(4): 237-53, doi: 10.1352/1944-7558-114.4.237-253.
- Jardim, N. e Santos, S. (2016). Effects of a Psychomotor Intervention on Water in the Quality of Life of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*, 3 (1): 053-060. doi: 10.17352/2455-5487.000036
- Júnior, A., Afonso, C. e Santos, S. (2017). La musica nell'intervento psicomotorio con adulti con difficoltà intellettive ed evolutive – Contributo per il comportamento adattivo. *Ricerca e Studi (ReS)*, 1: 2-10
- Lambert, N., Nihira, K. e Leland., H. (1993). *AAMR.adaptive.behavior scales – School (ABS-S:2). Examiner's.manual (2nd.ed.)*. Austin: TX.
- Lamoureux-Hébert, M., e Morin, D. (2009). Translation and cultural adaptation of the Supports Intensity Scale in French. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(1), 61–66. doi:10.1352/2009.114:61-66

- Lathinen, U.; Rintala, P. e Malin, A. (2007). Physical performance of individuals with intellectual disability: a 30-year follow up. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 24: 125-143
- Leitão, A. e Santos, S. (2017). O contributo da Intervenção Psicomotora em Meio aquático em indivíduos com DID nas competências em meio aquático e adaptativas. *A Psicomotricidade* (no prelo)
- Lerman, P., Apgar, D. e Jordan, T. (2005). Longitudinal Changes in Adaptive Behavior of Movers and Stayers: Findings from a Controlled Research Design. *Mental Retardation*, 43, 25-42. doi: 10.1352/0047-6765(2005)43<25:LCIABO>2.0.CO;2
- Lopes-dos-Santos, P., Santos, M., Ferreira, M., Maia, M., Martins, S., Ives, S., ... Tavares, A. (in press). *Escala de Intensidade de Apoios versão Portuguesa*. Lisboa, Portugal: Cegoc.
- Loveland, K. e Kelley, M., (1988). Development of Adaptive Behavior in Adolescents and Young Adults with Autism and Down Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 93 (1): 84-92
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., Schalock, R. e Snell, M., (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*. 10th ed, Washington DC.
- Luckasson, R. e Schalock, R. (2012). The role of Adaptive Behavior in a functionality approach to intellectual disability. In S. Santos e Morato, P. (eds). *Comportamento Adaptativo...dez anos depois*. Edições FMH. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa. p. 9-18.
- Makary, A., Testa, R., Tonge, B., Einfeld, S., Mohr, C., e Gray, K. (2015). Association between adaptive behaviour and age in adults with Down Syndrome without dementia: examining the range and severity of adaptive behaviour problems. *Journal of intellectual disability research*, 59(8), 689-702. doi: 10.1111/jir.12172
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (2^a ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.Matsunaga.
- Matson, J. e Laud, R. (2007). Assessment and Treatment Psychopathology among People with Developmental Delays. in J. Jacobson, J. Mullick e J. Rojahn (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology* (507-539). New York: Spring Science.
- Nota, L., Ferrari, L., Soresi, S., e Wehmeyer, M. (2007). Self-determination, social abilities and the quality of life of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(11), 850–865. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00939.x
- Nihira, K. (1999). Adaptive behavior: A historical overview. In R. Schalock (Ed.), *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation*. (7–14). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)*. Lisboa: Direção-geral da Saúde
- Pennington, B. & Bennetto, L. (1998). Toward a neuropsychology of mental retardation. In J. Burack, R. Hodapp & E. Zigler (Eds). *Handbook of Mental retardation and Development* (80-114). USA.
- Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 47-52
- Prasher, V. Chung, M. e Haque, M., (1998). Longitudinal Changes in Adaptive Behavior in Adults with Down Syndrome: Interim Findings from a Longitudinal Study. *American Journal of Mental Deficiency*, 103 (1): 40-46. doi: 10.1352/0895-8017(1998)103<0040:LCIABI>2.0.CO;2

- Ramos, J., Estevens, M., Sousa, E., Gomes, F. e Santos, S. (2017b). A Atividade Motora Adaptada na capacidade funcional de indivíduos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento com mais de 40 anos. *Revista da Federação Portuguesa de Desporto para Deficientes*, 3(1): 55-67
- Rey, L., Extremera, N., Duran, A., e Ortiz-Tallo, M. (2013). Subjective quality of life of people with intellectual disabilities: The role of emotional competence on their subjective well-being. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(2), 146–156. doi:10.1111/jar.12015
- Ribeiro, J. e Santos, S. (2018). A Proficiência Motora de adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento: estudo de caso. *A Psicomotricidade* (no prelo)
- Ribeiro, J., Silva, T., Varela, C., Gonçalves, I., Rodrigo, A., Gomes, F., Santos, S. (2017). Quality of life of people with DID with significant support needs: a comparative study with non-DID pairs. *Research e Networks in Health*, 3(1), 1-11.
- Sadrossadat, L.; Moghaddami, A. e Sadrossadat, S. (2010). A comparison of Adaptive Behaviors among Mentally Retarded and Normal Individuals: a guide to prevention and treatment. *International Journal of Preventive Medicine*, 1(1), 34-38.
- Santos, S. (2014). Adaptive behaviour on the Portuguese curricula: A comparison between children and adolescents with and without intellectual disability. *Creative Education*, 5(7), 501–509. doi:10.4236/ce.2014.57059
- Santos, S. (2017). Psychomotor Therapy and Intellectual Disability in Portugal: from 0 to 100... *International Journal of Psychology and Neuroscience (IJP)*, 3(2), 22-37.
- Santos, S. e Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Coleção Educação Especial. Nº8. Porto Editora.
- Santos, S. e Morato, P. (2004). *Escala de Comportamento Adaptativo – versão Portuguesa (ECAP)*. Fichas de registo (documento não publicado)
- Santos, S. e Morato, P. (2007). Estudo exploratório do comportamento adaptativo no domínio psicomotor em populações portuguesas com dificuldade intelectual e desenvolvimento. *A Psicomotricidade*, 9, 21-31.
- Santos, S. e Morato, P. (2008). Dificuldades Intelectuais, comportamento adaptativo e sistema de apoios. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. IV Série. Vol. 15. pp. 7-13
- Santos, S. e Morato, P. (2012a). Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa com e sem dificuldade intelectual e desenvolvimento. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.), *Comportamento adaptativo – Dez anos depois* (101-120). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Santos, S. e Morato, P. (2012b). Idade e Comportamento Adaptativo. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.). *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois*. (133-147). Cruz Quebrada: FMH Edições
- Santos, S. e Morato, P. (2012c). A Escala de Comportamento Adaptativo Portuguesa como um instrumento fundamental na avaliação da Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. in Mendes, E. e Almeida, M. (org). *Dimensões Pedagógicas nas Práticas de Inclusão Escolar. Coleção Inclusão Escolar. Volume 2*: 197-214. Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial. Marília, Brasil.
- Santos, S. e Morato, P. (2012d). A Escala de Comportamento Adaptativo. In S. Santos e P. Morato (Eds). *Comportamento adaptativo – 10 anos depois* (83-100). Edições FMH
- Santos, S. e Morato, P. (2016). O comportamento adaptativo no currículo. *Journal of Research in Special Education Needs*, 16(1), 736-740. doi: 10.1111/1471-3802.12330

- Santos, S., Morato, P.; Costa, D.; Duro, V.; Saramago, F. e Bruno, P. (2010) "Comportamento Adaptativo e as Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais na população Portuguesa: replicação do estudo de 2007". *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. IV Série. 16, 39-56
- Santos, S., Morato, P., Ferreira, S., Aniceto, H., Colaço, A., Nogueira, J., Pereira, J. e Rocha, C. (2009). Escala de Intensidade de Apoios. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 16, 39-56.
- Santos, S., Morato, P. e Luckasson, R. (2014). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Adaptive Behavior Scale. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52 (5): 379-387. doi: 10.1352/1934-9556-52.5.379
- Santos, S., Morato, P., Monteiro, A., Fiúza, R., Carvalho, R. e Nunes, S. (2008). Adaptação da Escala de Intensidade de Apoios. *Revista de educação especial e reabilitação*. 15, 43 – 63.
- Sartawi, A., AlMuhairy, O., e Adbat, R. (2011). Behavioral Problems among Students with Disabilities in United Arab Emirates. *International Journal for Research in Education*, 29, 1-15
- Saviani-Zeoti, F. e Petean, E. (2008). A Qualidade de Vida de Pessoas com Deficiência Mental Leve. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(3), pp. 305-311. doi: 10.1590/S0102-37722008000300006
- Schalock, R. (2004). The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203-216. doi: 10.1111/j.1365-2788.2003.00558.x
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R. e Reeve, A. (2010). *Intellectual Disability – Definition, Classification, and Systems of Supports*. AAIDD. 11ª Edição, Washington, D. C.
- Schalock, R. e Verdugo, M. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R., e Verdugo, M. (2012). A conceptual and measurement framework to guide policy development and systems change. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9(1), 63–72. doi:10.1111/j.1741-1130.2012.00329.x
- Shinkfield, A., Sparrow, W. e Day, R., (1997). Visual Discrimination and Motor Reproduction of Movement by Individuals with Mental Retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 102 (2), 173-181, doi: 10.1352/0895-8017(1997)102<0172:VDAMRO>2.0.CO;2
- Silva, F., Veríssimo, J., Carneiro, M., Felix, S. e Santos, S. (2018). Comportamento Autoabusivo em Crianças e Jovens com DID. *Revista de Educação Especial e Reabilitação (no prelo)*
- Simões, C. e Santos, S. (2013). Qualidade de Vida na Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental: Operacionalização do Conceito na Intervenção. *Revista da Educação Especial e Reabilitação – Número Temático: Projeto Universidade, Escola e Família (Centro de Estudos de Educação Especial/Fundação Calouste Gulbenkian)*. 20: 41-57
- Simões, C., e Santos, S. (2014). Cross-cultural adaptation, validity and reliability of the Escala Pessoal de Resultados. *Social Indicators Research*, 119(2), 1065–1077. doi:10.1007/s11205-013-0515-4
- Simões, C. e Santos, S. (2016a). The quality of life perceptions of people with intellectual disability and their proxies. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, pp.2-13. doi: 10.3109/13668250.2016.1197385

- Simões, C. e Santos, S. (2016b). Comparing the quality of life of adults with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(4), pp.378-388. doi: 10.1111/jir.12256
- Simões, C. e Santos, S. (2017). The impact of Personal and Environmental Characteristics on Quality of Life of People with Intellectual Disability. *Applied Research in Quality of Life*, 12 (2), 389-410. doi: 10.1007/s11482-016-9466-7
- Simões, C. e Santos, S. (2018). *Qualidade de Vida, Comportamento Adaptativo e Apoios: compreender a relação entre constructos na Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento*, Edições FMH
- Simões, C., Santos S., e Biscaia, R. (2016a). Validation of the Portuguese version of the Personal Outcomes Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, pp.186-200. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.11.002
- Simões, C., Santos, S., Biscaia, R., e Thompson, J. (2016b). Understanding the relationship between quality of life, adaptive behavior and support needs. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 28, 849–870. doi:10.1007/s10882-016-9514-0
- Simões, C., Santos, S., e Claes, C. (2015). The portuguese version of Personal Outcomes Scale: A psychometric validity and reliability study. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 53(2), 129-142. doi: 10.1352/1934-9556-53.2.129
- Simões, C., Santos, S., Claes, C., van Loon, J. e Schalock, R. (2017). Avaliação da Qualidade de Vida na Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento – Manual de Administração da Escala Pessoal de Resultados, Cadernos FORMEM, nº8, FORMEM – Federação Portuguesa de Centros de Formação Profissional e Emprego de Pessoas com Deficiência, Coimbra
- Smits-Engelsman, B. e Hill, E. (2012). The relationship between motor coordination and intelligence across the IQ range. *Pediatrics*. 130 (4):e950-e956. doi: 10.1542/peds.2011-3712
- Stancliffe, R., Hayden, M., Larson, S., e Lakin, K. (2002). Longitudinal Study on the Adaptive and Challenging Behaviors of Deinstitutionalized Adult with Mental Retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 107 (4): 302-320. doi: 10.1352/0895-8017(2002)107<0302:LSOTAA>2.0.CO;2
- Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, F. e Zhang D. (2012). The construct of adaptive behavior: its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on intellectual and developmental disabilities*. 177, (4), 291-303.
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R, Shogren, K., Snell, M., Wehmeyer, M., ... Yeager, M. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135–146. doi:10.1352/1934-9556-47.2.135
- Thompson, J., Hughes, C., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M., Bryant, B., Craig, E. e Campbell, E. (2002). Integrating Support in Assessment and Planning. *Mental Retardation*, 40(5), 390-405. doi: 10.1352/0047-6765(2002)040<0390:ISIAAP>2.0.CO;2
- Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D., ... Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale: User's manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Thompson, J., Schalock, R., Agosta, J., Teninty, L., e Fortune, J. (2014). How the supports paradigm is transforming the developmental disabilities service system. *Inclusion*, 2(2), 86–99. doi:10.1352/2326-6988-2.2.86

- Valente, P. Santos, S. e Morato, P. (2012). A intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *A Psicomotricidade*, 15, 10-23.
- Van Loon, J., Claes, C., Vandeveld, S., Van Hove, G., e Schalock, R. (2010). Assessing individual support needs to enhance personal outcomes. *Exceptionality: A Special Education Journal*, 18(4), 193–202. doi:10.1080/09362835.2010.513924
- Van Loon, J., Van Hove, G., Schalock, R., e Claes, C. (2008). *Personal Outcomes Scale: A scale to assess an individual's quality of life*. Ghent, Belgium: Stichting Arduin
- Van Loon, J., Van Hove, G., Schalock, R., e Claes, C. (2009). *Personal Outcomes Scale: Administration and standardization manual*. Ghent, Belgium: Stichting Arduin
- Verdugo, M., Arias, B., Ibanez, A., e Schalock, R. (2010). Adaptation and psychometric properties of the Spanish version of the Supports Intensity Scale (SIS). *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(6), 496–503. doi: 10.1352/1944-7558-115.6.496
- Wehmeyer, M., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Luckasson, R., Verdugo, M., ... Yeager, H. (2008). The intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(4), 311–318. doi:10.1352/1934-9556(2008)46[311:TIDCAI]2.0.CO;2
- Weiss, J., Lunsky, Y., Tassé, M., e Durbin, J. (2009). Support for the construct validity of the Supports Intensity Scale based on clinician rankings of need. *Research in Developmental disabilities*, 30, 933–941. doi:10.1016/j.ridd.2009.01.007
- Woolf, S., Woolf, C., e Oakland T. (2010). Adaptive behavior among adults with intellectual disabilities and its relationship to community independence. *Intellectual and developmental disabilities*, 48(3), 209-215. doi: 10.1352/1944-7558-48.3.209
- Wuang, Y.; Wang, C-C.; Huang, M-H. e Su, C. (2008). Profiles and cognitive predictors of motor functions among early school-age children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (part 12): 1048-1060. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01096.x
- Zetlin, A. e Morrison, G., (1998). Adaptation through the life span. In Burack, J., Hodapp, R. e Zigler, E. (Eds). *Handbook of Mental retardation and Development* (481-503). USA.
- Zikl, P.; Holoubková, N.; Karásková, H. e Veselíková, T. (2013). Gross Motor Skills of Children with Mild Intellectual Disabilities. *International Journal of Social, Human Science and Engineering*. 7 (10): 3379-3385